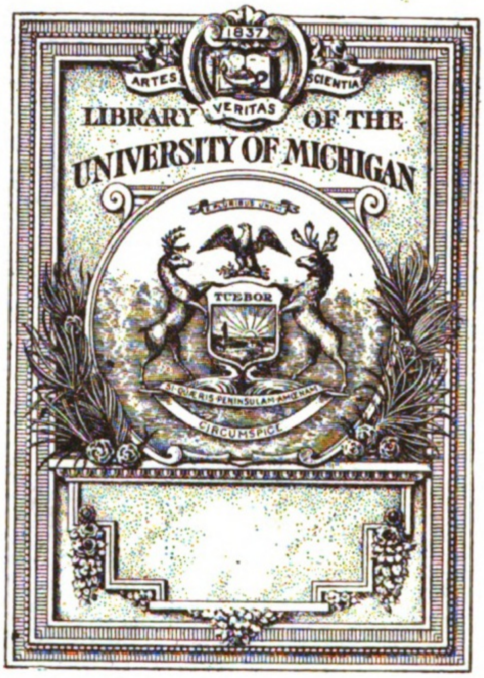

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

Professor Dr. C. BACHEM
IN BONN

JAHRGANG 1918. BAND 327.
(JANUAR BIS JUNI 1918.)

BONN 1918
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. ASCH-Straßburg; Prof. BACHEM-Bonn; Priv.-Doz. Dr. BLUM-Wien; Dr. BRAUNS-Dessau; Dr. BRÜCKNER-Dresden; Dr. BRÜTT-Hamburg; Dr. CORDES-Berlin; Prof. CORDS-Bonn; Prof. DITTLER-Leipzig; Dr. FISCHER-DEFOY-Dresden; Prof. FLATAU-Berlin; Prof. FLURY-Berlin-Dahlem; Dr. FRAENKEL-Heidelberg; Priv.-Doz. Dr. FRÜND-Bonn; Dr. GANTER-Wormditt; Dr. GEPPERT-Hamburg; Prof. GRUBE-Bonn (Neuenahr); Dr. HAHN-Baden-Baden; Prof. HEIMANN-Breslau; Zahnarzt HEYDEN-Bonn; Prof. HIRSCH-Göttingen; Prof. HOFFMANN-Düsseldorf; Prof. HÜRTER-Mainz; Priv.-Doz. Dr. ISAAC-Frankfurt a. M.; Ob.-Stabsarzt Dr. JAEHN-Breslau; Priv.-Doz. Dr. JOLLY-Halle a. S.; Dr. JUNKERSDORF-Bonn; Dr. KADNER-Dresden; Dr. KANKELEIT-München; Prof. KAUFMANN-Göttingen; Dr. KAUTZ-Hamburg; Dr. KINDBORG-Bonn; Prof. G. KLEMPERER-Berlin; Dr. KLIEN-Leipzig; Dr. KLOTZ-Schwerin; Prof. KÖLLNER-Würzburg; Dr. KÖNIGSFELD-Freiburg i. Br.; Dr. LAMERS-Herzogenbusch; Prof. LANGE-Göttingen; Prof. LENZMANN-Duisburg; Dr. LÖHNBERG-Köln; Prof. MATTHES-Königsberg; Priv.-Doz. Dr. MELCHIOR-Breslau; Dr. MEYER-SCHÄFER-Zürich-Kilchberg; Prof. MEYER-STEINEG-Jena; Prof. MORITZ-Köln; Dr. MÜHLSTEIN-Prag; Prof. NIPPE-Erlangen; San.-Rat Dr. v. NOORDEN-Homburg; Prof. PORT-Göttingen; Prof. PUPPE-Königsberg i. Pr.; Dr. RICHARZ-Bonn; Prof. RIECKE-Göttingen; Prof. RIETSCHEL-Dresden; Prof. RUMPF-Bonn; Dr. SCHLESS-Marienbad; Dr. SCHLICHTING-Kassel; Dr. SCHMEY-Berlin; Dr. SCHMIDT-Andernach; Dr. SCHÖLER-Berlin; Prof. SCHULTZE-Göttingen; Prof. SIEGERT-Köln; Prof. SOBOTTA-Königsberg; Prof. STICKER-Münster i. W.; Prof. STRASBURGER-Frankfurt a. M.; Dr. STROMEYER-Göttingen; Prof. v. STRÜMPELL-Leipzig; Prof. SUDHOFF-Leipzig; Prof. TILMANN-Köln; Dr. TOFF-Braila; Dr. TOSETTI-ZIEGLER-Bonn; Priv.-Doz. Dr. VESZI-Bonn; Prof. VOGT-Wiesbaden; Prof. VULPIUS-Heidelberg; Priv.-Doz. Dr. WAGNER-Leipzig; Ob.-Med.-Rat Dr. WALZ-Stuttgart; Dr. WEHRSIG-Aachen; Dr. F. WEIL-Beuthen O. S.; Dr. WEINBERG-Magdeburg; Dr. WEINBERG-Rostock; Prof. WIDENMANN-Berlin; Prof. ZINSSER-Köln.

85. JAHRGANG BAND 327 HEFT 1
JANUAR 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 327 | Januar 1918

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Über Pocken und Pockenimpfung.

Von

Dr. **Fischer-Defoy**

in Dresden.

I. Variola.

Vorkommen, Klinik, Therapie, Differentialdiagnose.

Die Kriegsjahre haben uns zwar keine große Pockenepidemie, wie seinerzeit der deutsch-französische Krieg 1870/71, gebracht, aber doch, bedingt durch mancherlei Verhältnisse, unter denen die enge Berührung unserer selbst gegen die Infektion gefeiten Soldaten mit einer ungenügend geschützten und durchseuchten feindlichen Bevölkerung obenan steht, an vielen Orten ein gehäuftes Auftreten der Krankheit zur Folge gehabt. Bis zum Ende des Jahres 1915 blieb die Pockenhäufigkeit in Preußen nach Lentz (75) noch hinter der der Jahre 1911/12 zurück. 1915, in welchem Jahre 170 Fälle mit 18 tödlichen Ausgängen gemeldet wurden, wurden nur in 2 Orten, nämlich Berlin, wo in einer Arbeiterkaserne 19 Fälle vorkamen, und Lublinitz in Schlesien, wo 30 Geisteskranke der Irrenanstalt erkrankten, mehr als 15 Fälle beobachtet. In Bayern, das 1914 85 Pockenfälle mit einem tödlichen Ausgang hatte (82), sank die Häufigkeit der Erkrankung 1915 auf 6 Fälle (83). In Detmold, wohin 1914 russisch-polnische Arbeiter die Pocken einschleppten, gelang es, durch Massenimpfung jede weitere Ausbreitung zu verhindern (Hesse [50]). Zahlreiche, der Ansteckung stark ausgesetzte Menschen blieben völlig gesund. Auch in Wilhermsdorf in Mittelfranken, wo auf dem Markte Pocken-Genesene, die sich der Kontrolle entzogen hatten, verkehrten, kam es trotz wechselseitigen Verkehrs der ganzen Einwohnerschaft nach Schelle (115) nur zu 3 Ansteckungen mit Variolois. Auf russische Wäsche, die nicht desinfiziert war, ließ sich eine von Kindler (59) beobachtete kleine Epidemie zurückführen.

Lassen es die äußeren Umstände zu, beim Auftreten von Pockenfällen den Impfschutz einer ganzen Bevölkerung zu ergänzen, dann bleibt die Epidemie im Keime erstickt. Als Anfang 1916 in Neu-Sandec die Pocken eine größere Ausdehnung anzunehmen drohten, schloß die medizinische Fakultät in Krakau auf 6 Wochen und bildete aus den Medizinstudierenden Impfkolonnen, die das ganze Land durchimpften und es vor einer größeren Epidemie bewahrten (Pilzer [100]).

Das Jahr 1916 brachte ein *Ansteigen* der Pockenhäufigkeit; es wurden in Deutschland etwas über 500 Fälle beobachtet. Epidemien kamen im Kreise Herford in Westfalen, ferner in Schleswig zum Ausbruch; hier wurde erst nachträglich die Pockendiagnose gestellt (87). Erheblich mehrten sich die Pockenfälle in der ersten Hälfte des folgenden Jahres. Es wurden bis Ende Juni 1917 etwas über 2200 Pockenfälle in Deutschland angemeldet. In Berlin traten bis Anfang April 250 Erkrankungen mit 29 Todesfällen auf. Schwalbe (118) weist aber mit Recht darauf hin, daß bei Anlegung eines gleichen Maßstabes wie bei der Epidemie 1870/71 die Zahl der Verstorbenen nicht 29, sondern 38 000 betragen haben würde! Die jetzige Epidemie ging von Rathenow und Fürstenwalde aus und kam im Asyl für Obdachlose zum Ausbruch (Friedemann [20]), also unter Menschen, deren Impfschutz zweifelhaft war. Durch Landstreicher wurden die Pocken nach Hamburg verschleppt (Nocht [87]); von den dortigen 99 Fällen betrafen 65 Leute über 50 Jahre, und unter 30 Jahren war nur ein einjähriges Kind — ein Zeichen für den im Alter allmählich abklingenden Impfschutz. Man kam völlig ohne Zwangsimpfung aus; die Zahl der freiwilligen Impfungen belief sich auf 250 000. Beim Beginn des gehäuften Auftretens der Pocken hatten die stellvertretenden Generalkommandos des IX. und X. Armeekorps die Polizeibehörden ausdrücklich befugt, nötigenfalls zwangsweise die Impfung in die Wege zu leiten (128).

In den besetzten Gebieten kamen die deutschen Militärärzte und Medizinalbeamten oft mit den Pocken in Berührung. Besonders war das in Polen der Fall, wo nach Gins (26) bisher die Hälfte aller Kinder bis zu 12 Jahren der Krankheit anheimfiel. Auch hier bewies sich die Durchimpfung der ganzen Einwohnerschaft als das beste Mittel, eine drohende Epidemie zu verhüten (Hillenberg [51]). Besonders schwierig gestalteten sich die Verhältnisse in den Flüchtlingslagern. Unter wolhynischen Rückwanderern beobachtete Jürgens (55) eine Epidemie, bei der von 17 ungeimpften Kindern 6 starben, während von 23 geimpften, die erkrankten, weil die Ansteckungsfähigkeit unter den engen Verhältnissen so groß war, daß selbst Geblatterte noch einmal befallen wurden, keins der Krankheit erlag.

Nirgends bewährte sich die folgerichtig durchgeführte Impfung so wie bei unseren Heeren. Während

im ersten Kriegsjahre auf je 1000 Mann Kopfstärke 0,01 Pockenfall kam, erlosch die Seuche im zweiten Jahre vollkommen (84), ein Erfolg, wie er in der Geschichte der Kriege bisher nicht zu verzeichnen war.

Unter schwierigsten Verhältnissen hat man vor dem Kriege in unseren afrikanischen *Kolonien* den Kampf gegen die Pocken fortgesetzt; es gelang, in Ostafrika in den letzten 3 Jahren den 3. Teil der gesamten Bevölkerung zu durchimpfen, so daß nur kleine Epidemien vorkamen, ebenso wie in Kamerun und Togo, wo ebenfalls die Durchimpfung gute Fortschritte machte (107). In der Südsee, in Rabaul, kamen nach Kersten (58) pockenähnliche Erkrankungen zur Beobachtung, die den Sanagapocken ähnelten, aber nicht genau bestimmt werden konnten. In Shangai hausen nach Dold (11) die Pocken im Winter, sobald die Chinesen eng beieinander wohnen, viel ärger als im Sommer, in dem außerdem das Sonnenlicht abtötend auf das Virus wirkt.

In den Beschlüssen des Bundesrats zur Ausführung des Impfgesetzes wird die durchschnittliche Dauer des Impfschutzes auf 10 Jahre angenommen (8), was zweifellos etwas sehr hoch gegriffen ist. Nach den Aufstellungen von v. Jaksch (53) bilden 10 Jahre die oberste Grenze; er will bei Epidemiegefahr nur die innerhalb der letzten 2 Jahre Geimpften von einer nochmaligen Impfung verschont wissen. — Die sämtlichen amtsärztlichen Vorkehrungen gegen die Pocken werden von Henkel (48) zusammengefaßt.

Ein *seltener Übertragungsmodus* kam bei einer von Cody (9) beobachteten Epidemie zur Geltung. Es handelte sich um einen Augenstein, der von einem Pockenkranken weitergegeben wurde und die Weiterverbreitung der Krankheit besorgte. Als gewöhnliche Eingangspforte für das Pockenvirus kommen nach Friedemann und Gins (21) die Schleimhäute des Respirationstraktus in Betracht; Stäubchen- und Tröpfcheninfektion spielen dabei in gleicher Weise eine Rolle. Das ist auch die Ansicht von Paschen, der in den Schleimhautaffektionen des Rachens, die oft schon auftreten, wenn das Exanthem eben erst im Beginn, seine Elementarkörperchen fand (89). Fleckenweise Rötung der Mund- und Rachenschleimhaut sah Walko (134) in einigen Pockenfällen während des Prodromalstadiums, so daß auch er dort die Eingangspforte vermutet. Der Infektionsmodus der Pocken gibt jedenfalls keinen Anlaß, die Krankheit als eine solche der Unkultur aufzufassen, sondern sie ist, wie Kisskalt (61) betont, durchaus von der Kultur abhängig.

Das gehäufte Auftreten der Pocken gab reichlich Gelegenheit, einige noch nicht genügend geklärte Punkte zu beleuchten. So wurde von verschiedenen Seiten das *Blutbild* klargestellt; nach den Feststellungen von Fischer (17) und Schatzmann (114) wird das Initialstadium durch eine Hyperleukozytose charakterisiert; sie sinkt, worauf besonders Schilling (116) aufmerksam macht, unter zunehmender Verschiebung der Neutrophilen zur Anisohypoleukozytose. Die Hauptmasse der Zellen im vesikulären Stadium sind große Mononukleäre und Übergangsformen. Das Virus kreist übrigens nach Kyrle und Morawetz (74) während der ganzen Erkrankung in der Blutbahn.

Diagnostisch-charakteristisch ist im Beginn der Erkrankung besonders der heftige Lumbalschmerz; als zweites Zeichen kommt ein erythematöses Exanthem in dem Schenkeldreieck in Betracht (Jochmann [54], Hoppe-Seyler [52]). Bei männlichen Kranken treten nach Willner (136) am inneren Blatte des Präputium Bläschen bereits auf, wenn am übrigen Körper das Exanthem erst beginnt.

Eine sehr üble Abart der Pocken ist die *Purpura variolosa*, von der Riedel 3 (109), Lichtwitz und Rumpel (76) 2 Fälle beobachteten. Bereits im ersten Beginn der Krankheit bedeckt sich die ganze Haut mit punkt- bis pfenniggroßen Blutungen; Blutharnen, Nasenbluten, Bluthusten treten hinzu; in wenigen Tagen erfolgt der Tod. Wahrscheinlich liegt eine Mischinfektion der Krankheit zugrunde. — Eine Komplikation von Pocken und Masern sah Wiener (135); auf das Vorkommen von Pocken ohne Ausschlag macht Vorpahl (132) aufmerksam; zumal bei Epidemien sind solche Fälle mit den übrigen zu isolieren.

In *therapeutischer* Beziehung tritt v. Kutschera (73) für die Anwendung der Impfung ein, die nach seinen Erfahrungen bis zum 5. Tage nach eingetretener Infektion deutlich den Verlauf der Krankheit beeinflußt, dagegen am 6. Tage keine Wirkung mehr hat. Csernel, Furka, Gerloczy und Kaiser (10) haben Kuhlymphe zermalmt und mit Kochsalzlösung und Karbolsäure verdünnt; das erhaltene Präparat soll bei subkutaner oder intravenöser Anwendung den Verlauf der Variola abkürzen. — Von anderen Behandlungsmethoden kommt die Finsensche mit rotem Licht in Betracht; Würtzen (137) sah dabei die Eruptionen ohne Eiterung abtrocknen, ohne daß Narbenbildung erfolgte. Von Kulka (71, 72) wird die Wirkung der konzentrierten Permanganatlösung (3‰) gerühmt, während Morawetz (86) dabei eine lästige Spannung des Körpers eintreten sah. Vorpahl (133) empfiehlt die Anwendung von Zinkoxyd. Bors (6) hat in einem sehr bösartigen Pockenfall alle Pusteln skarifiziert, den Inhalt entleert und mit folgender Salbe behandelt: Acid. carb. 25,0, Calc. carb. praec. 200, 0,01. Sesam. 800,0. Durch dieses Verfahren erzielte er Heilung. Unna jr. (125) skarifiziert ebenfalls die Pusteln, behandelt sie dann mit Elektrolyse, eventuell mit Salizylschälung zur Verdünnung der Hornhaut, ferner mit Kohlensäureschnee, kombiniert mit Fibrolysin zur Narbenresorption. Schließlich wendet er Salizylsäurepflaster an.

Eine Umwälzung in der Pockendiagnose hat das Verfahren von Paul (93, 94, 98) gebracht; es beginnt damit, daß man Pustelmaterial wässerig aufschwemmt und von dieser Aufschwemmung einen Tropfen auf eine angeritzte Stelle der Kaninchenhornhaut bringt. Nach 36 Stunden sind kleine Knötchen zu sehen, die schneeweiß hervortreten, wenn man den Bulbus enukleiert und auf einige Minuten in alkoholische Sublimatlösung legt. In den meisten Fällen kann man schon makroskopisch die Diagnose stellen. Zur mikroskopischen Untersuchung kappt man die Kornea ab und bringt sie auf je eine Minute in 98proz., in Jodalkohol, in 90proz. Alkohol, in Chloroform und Alkohol zu gleichen Teilen, dann in reines Chloroform, in 40gradiges Chloroformparaffin, schließlich in hartes, 60gradiges Paraffin. Es folgt das Einbetten, Schneiden, Fixieren der Schnitte, das Färben derselben mit Hämalaun auf 5 Minuten. Mikroskopisch erscheinen die Knötchen als reine Epithelinfektion ohne Beteiligung des Bindegewebes. Die Paulsche Pockendiagnose wurde auf Anordnung des preußischen Ministeriums des Innern im Institut für Infektionskrankheiten nachgeprüft; dabei ergab sich, daß der positive Ausfall unbedingt beweisend, daß dagegen negativer Ausfall bei klinisch einwandfreien Fällen ohne Belang ist. Bei Varizellen ist die Paulsche Methode stets negativ (Gins [28]). Das Verfahren hat sich schnell eingebürgert, so daß im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin schon mehrere Hundert Fälle untersucht wurden. Es genügt die Einsendung eines mit Pustelmaterial bestrichenen Objektträgers zur Stellung der Diagnose (Gins [30]). Auch nach den Berichten von Hammerschmidt (43), v. Gerloczy und Vas (24), Schreiber (117) hat sich die Methode bewährt. Das preußische Ministerium des Innern bestimmt in einem Erlaß die Einsendung von Material an das Institut für Infektionskrankheiten in jedem Falle von Pocken und Pockenverdacht (20. Dez. 1916)

In Wien wurde nach Paul (97) an die Staatsimpfanstalt eine Variolauntersuchungsstelle angegliedert.

Weniger befriedigend sind die Versuche gewesen, eine Komplementbindung bei den Pocken festzustellen. Nach Klein (62) und v. Konschegg (66) sind zweifellos Antikörper im Serum der Variolösen vorhanden, und zwar besonders dann nachweisbar, wenn man Borkenextrakt als Antigen verwendet. Habetin (39) verwirft die Anwendung der Reaktion, weil sie verhältnismäßig spät auftritt, Hallenberger (42), weil sowohl Borkenextrakt als auch andere Antigene unzuverlässig arbeiten. Im Blute von Revakzinierten treten Antikörper nur dann auf, wenn eine beschleunigte Areareaktion und vollkommene Papillenbildung stattfindet.

II. Varizellen.

Nach Art der Pockenschutzimpfung hat man auch versucht, gegen die Windpocken zu impfen. Kling (63) schlägt vor, zu diesem Zwecke mit einer Lanzette das klare Sekret aus den Bläschen zu entnehmen und 6 leichte Einstiche auf der Haut zu machen. Nach den Erfahrungen von Handrick (45) aber ist der Erfolg der Varizellenschutzimpfung nur gering: von 127 geimpften Kindern erkrankten 45!

Bei Kindern, die zu gleicher Zeit an Pertussis und Windpocken leiden, wurden nach Knöpfelmacher (65) in der Area der Bläschen kleine Hautblutungen beobachtet, die auf Blutstauungen zurückgeführt werden. Nekrotisierende Hautblutungen treten nach Morawetz (85) bei hämorrhagischen Varizellen auf; wahrscheinlich ist die Ursache in einer erhöhten Virulenz der Erreger zu suchen.

Bei dem gehäuften Auftreten der Pocken im Anfange des Jahres 1917 ist es nicht selten vorgekommen, daß in leichten Fällen die Krankheit verkannt und zunächst für Windpocken gehalten wurde. In der Regel trennt die Buntheit des *Hautbildes* die Windpocken von den echten Pocken (Richter [108]). Nach Risel (110) tritt der Ausschlag bei jenen schubweise auf, bei diesen nicht. Bei den Windpocken sind besonders die Extremitäten, und zwar zentral mehr als peripher, befallen, während Hände und Füße in der Regel frei bleiben. Leistenbeugen, Lendengegend, Knie- und Ellenbeuge, Achselhöhle, die von den Blattern verschont bleiben, sind von den Windpocken gern befallen. Die Temperatur geht bei Variola und Variolois mit dem Auftreten des Exanthems herunter, bei den Varizellen in die Höhe (Paschen [92]). Sehr deutlich sah Friedberg (19) die Blatternknötchen hervortreten, wenn er eine Stauungsbinde anlegte. Auf einen histologischen Unterschied macht Paschen (91) aufmerksam: Macht man einen Ausstrich von einem Varizellenbläschen, so findet man darin zahlreiche Riesenzellen, deren Entstehung auf intensive direkte Kernteilung zurückzuführen ist. Dagegen ist das Vorkommen von Riesenzellen in Pockenbläschenausstrichen selten.

Die Komplementbindungsreaktion, die nach Dolds (12) Erfahrungen in Shangai unter 20 Fällen 9mal positiv war, scheint für die Diagnose noch nicht verwertet werden zu können.

III. Impfung.

Geschichte, Statistik, Organisation, Technik.

Bereits 5 Jahre vor Jenner hat nach den Feststellungen von Hanssen (46) der Lehrer Plett in Hasselburg in Holstein die Kuhblattern zum Schutze gegen die Pocken eingeführt. H. gibt eine Übersicht über die Geschichte der Pocken in Schleswig-Holstein.

Eine klinische Vorlesung über die Morphologie und Klinik der Vakzination hat Unger (124) veröffentlicht. Er berücksichtigt dabei besonders die Revakzinationsformen ohne Area. Gerade in dieser Zeit des gehäuften Auftretens der Pocken ist eine solche gedrungene Zusammenfassung der Impfkunde von besonderem Werte. Nur auf der Grundlage einer solchen kann man die Ergebnisse des Impfgeschäftes richtig beurteilen. Groth (37) teilt uns die bayrischen Impferfolge des Jahres 1914 mit. Danach sind 82,46% der impfpflichtigen Kinder geimpft; 12,15% der Kinder blieben auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses ungeimpft. Die Erstimpfung hatte in 99,11%, die Wiederimpfung in 98,34% Erfolg. — Die Ergebnisse der Wiederimpfung sind sehr verschieden. Unter 3500 Wiederimpfungen bei 12-Jährigen konnte Kuhn (68) in 56,60% sehr starke Reaktion mit Pustelbildung, in 27,51% eine mittlere Reaktion mit Bläschen, in 15,69% schwache Reaktion mit Knötchen, in 0,20% gar keine Reaktion beobachten. Er ist der Meinung, daß der Wiederimpftermin zu spät angesetzt ist. Große Aufmerksamkeit ist den Kindern zu widmen, die der Erstimpfung entzogen werden; immerhin muß man bei der Zivilbevölkerung rechnen, daß 15 bis 16% ohne Impfschutz ist (70). Beim Militär ist eine Epidemie nicht zu befürchten (69), eine Ansicht, der auch Hesse (49) Ausdruck gibt, der die ganze Frage der Schutzpockenimpfung im Heere als erledigt betrachtet.

Die Wiederimpfung ist nach Raudnitz (105) gewöhnlich schon nach 5 Jahren erfolgreich. Darüber aber, was man als positives Resultat bei Wiederimpfungen betrachten soll, gehen die Meinungen auseinander. Gins (29) hält die rudimentären Veränderungen der Impfstellen, die er in 71% der Wiederimpfungen beobachtete, für den Ausdruck eines noch vorhandenen Impfschutzes, eine Ansicht, die Böing (5) nicht teilt: er glaubt, daß solche Veränderungen ebensogut durch Verletzung der Haut hervorgerufen werden können. G. schließt auf Grund der Impfung von 1000 Erwachsenen, daß der durch Impfung und Wiederimpfung erzielte Impfschutz bis zum 40. Lebensjahr wirksam ist, aber vom 30. Jahre an allmählich abnimmt. Ein Drittel aller Geimpften hat auch noch jenseits des 40. Jahres einen verminderten Impfschutz. Ginzberg (33) sah übrigens bei Wiederimpflingen in 78,5% eine typische Pustel auftreten.

Die Ausführungsbestimmungen des deutschen *Impfgesetzes* wurden durch Beschlüsse des Bundesrats vom 22. März 1917 ergänzt (Voigt [131]). In Zukunft darf nur noch Tierlymphe verwendet werden. Die Pflichten des Impfarztes sind erweitert; er soll sich jetzt selbst danach erkundigen, ob Rose oder Hautausschläge im Hause sind. Es wird empfohlen, die Impfstelle kühl und trocken zu halten, ein zweifellos sehr wichtiger Ratschlag. — Verschiedene Bekanntmachungen der Behörden beschäftigten sich mit Vorsichtsmaßregeln gegen die Pocken. Ein Erlaß des Preußischen Ministeriums des Innern ordnet die Impfung der Insassen aller Strafanstalten und Gefängnisse an, ein anderer die Wiederimpfung aller Desinfektoren, soweit sie nicht innerhalb der letzten 4 Jahre geimpft sind (80, 81).

Auch die Frage des *Impfzwanges* ist wieder aufgerollt; nach Dütschke (13) ist für Preußen unmittelbarer Impfzwang zulässig, und die Erfüllung der Impfpflicht kann durch wiederholte Bestrafungen erzwungen werden. Nach Oberlandesgerichtsentscheidungen (Samml. ger. Entsch. [113]) ist die wiederholte Bestrafung wegen Impfentziehung zulässig, und der fortgesetzte Widerstand gegen die alljährliche Aufforderung zur Impfung bildet für jedes Kalenderjahr eine neue selbständige Straftat. Die zwangsweise Impfung kann aber nicht angedroht werden, bevor nicht der zuständige Impfarzt, *nicht* irgendein amtlicher Arzt, über die Impffähigkeit entschieden hat (Ebermayer [14]). Ein Landsturmmann, der die

Impfung trotz besonderer Anordnung des Generalkommandos verweigert hatte, wurde wegen Gehorsamsverweigerung zu 2 Wochen strengen Arrestes kriegsgerichtlich verurteilt (Ebermayer [14]).

Besondere Vorsichtsmaßregeln sind in den Gefangenenlagern nötig. Im Lager Lechfeld wurden nach Seiffert (121) die Gefangenen sofort nach der Ankunft geimpft, auch Geblatterte, und nur Leute mit offenen und eiternden Wunden zurückgestellt. — Der Impfzustand im besetzten Polen erwies sich als sehr mangelhaft. Es kamen recht schwere Fälle von Pocken zur Beobachtung, besonders in den Städten (126). Nachdem 600 000 Impfungen im Gouvernement Warschau vorgenommen waren (127), ging die Pockenmorbidität um 60% zurück. Bis Ende 1915 wurde die Durchimpfung sämtlicher Schulkinder vorgenommen.

In Österreich wird von verschiedenen Seiten der gesetzliche Impfzwang befürwortet; Raudnitz (106) will, daß folgende Punkte in dem Impfgesetz berücksichtigt werden: Nachschau am 5. Tage, wobei eine Impfblatter als genügender Impfschutz anzusehen ist, ferner die Einführung einer Impfbelehrung, sodann das Eintragen der geschehenen Impfung in die Geburtszeugnisse. v. Pirquet (102) möchte das österreichische Impfgesetz nach dem deutschen gestaltet haben. Auch Mayerhofer (77) und Paul (95) treten für die gesetzliche Regelung des Impfens ein. In Wien fand 1914/15 eine Notimpfungskampagne in größtem Maßstabe statt, die von unbedingtem Erfolge begleitet war (Paul [95]). — Weitgehend sind die Aufgaben der neuen k. k. Impfgewinnungsanstalt in Wien gefaßt worden: neben der Herstellung eines voll wirksamen, hygienisch wirksamen Impfstoffes und der Prüfung des Fabrikats auf Reinheit und Wirksamkeit dient es experimentellen Aufgaben, wozu sich noch die Ausbildung von Impfärzten und ihre Fortbildung sowie die Aufklärung von Laien gesellt (Paul [96]).

In der Türkei wurde das Impfgesetz ausgestaltet: jetzt sind 3 Impfungen obligatorisch, eine bis zum 6. Monate nach der Geburt, die zweite im 7., die dritte im 19. Lebensjahre. Beim Schuleintritt sowie beim Staatsdienst sind Impfzeugnisse vorzuweisen. Neben den Ärzten sind auch Apotheker und Hebammen zum Impfen berechtigt (2). Schwierigkeiten macht die Durchführung der Impfung in gewissen kleinasiatischen Teilen der Türkei. In Jaffa ist nach Saad (112) nicht immer genügend Impfstoff, der aus Konstantinopel herbeigeschafft werden muß, vorhanden, so daß auch von Mensch zu Mensch geimpft wird. Bei Anstellungen, Heiraten und Ausschreibung von Reisepässen sind die Impfzeugnisse vorzuzeigen.

Perry (99) berichtet, daß in Chicago zwar kein Impfzwang besteht, daß dagegen in vielen Fabriken von den Angestellten die Beibringung von Impfbescheinigungen verlangt wird. In Argentinien ist 1903 die obligatorische Impfung eingeführt; die Wiederimpfung findet im 10. Jahre statt. Der Durchführung des Impfgesetzes bietet jedoch der Charakter des Landes erhebliche Schwierigkeiten; es besteht eine Impfkolonne, die 75 Impfer in alle Teile des Landes schickt (Alvarez [1]).

Seine Versuche, durch Injektion von Kuhpockenlymphe Immunität zu erzielen, setzte Knöpfelmacher (64) fort; er tötete die Lymphe durch Erhitzen auf 56—58 Grad ab und erreichte durch deren Einverleibung in 50% einen Impfschutz. Gins und Weber (32) stellten fest, daß das Vakzinevirus, in die Blutbahn injiziert, schnell wieder aus derselben verschwindet; nur ein geringer Teil davon ist in der Haut nachzuweisen. Steigert man die Menge, so ist die Lymphe innerhalb 5 Stunden nach der Einspritzung in der Milz aufzufinden, nie aber im Knochenmark.

Bakterienfrei machte Geißler (23) die Lymphe dadurch, daß er sie fein zerrieb, durch ein feines Bronzesieb filtrierte, dann 45 Minuten lang mit der gleichen Menge mit Kohlensäure angesäuerter 2proz. Wasserstoffsuperoxydlösung versetzte, das Wasserstoffsuperoxyd darauf durch Hefezusatz zerstörte und die Kohlensäure durch Erwärmen entfernte. Harde (47) versetzte die Lymphe, um sie keimfrei zu machen, mit Glyzerin und Karbolsäure und dialysierte sie in einem Kollodiumsäckchen gegen physiologische Kochsalzlösung. Mayerhofer (78) schwächte die Lymphe durch 10 Minuten langes Bestrahlen mit der Quarzlampe ab; die Reaktion war sehr milde, aber die Immunisierung vollkommen. Eine derartige Lymphe ist für schwächliche Kinder zu empfehlen. — Der nach Fornet mit Äther behandelte Impfstoff erwies sich für das öffentliche Impfwesen als unbrauchbar (Voigt [129]).

In Neu-Guinea bewährte sich die Ponndorfsche Trockenlymphe; sie blieb nach Kersten (58) 4 Monate während des heißen Klimas vollvirulent. Während eines Transportes ohne Eiskühlung zeigte sie sich einer aus Sidney eingeführten eisgekühlten Lymphe an Haltbarkeit überlegen, an Virulenz war sie ihr gleich. — Rodenwaldt (111) empfiehlt, die Lymphe in den Tropen in pfropfartig verschlossenen Bananenstengeln zu transportieren.

Franz und Kuhner (18) brachten statistische Anhaltspunkte dafür bei, daß in einem gewissen, allerdings geringen Grade bei der Impfung von Schwangeren auch Immunität des Kindes gegen die Vakzine eintritt; weder Schwangere noch Wöchnerinnen werden durch die Impfung geschädigt.

Diabetiker vertragen nach den Erfahrungen von Ziffer (138) die Impfung ohne nachteilige Folgen. Dagegen ist bei Tuberkulösen nach Bredow (7) stets Vorsicht angebracht, da es nie sicher ist, ob nicht eine latente oder manifeste Erkrankung sich verschlimmern kann. Eggebrecht (15) machte die Beobachtung, daß nach der Einspritzung von Diphtherieserum an einer 4 Monate alten Impfstelle eine zwar rudimentäre, aber doch charakteristische Impfspätreaktion auftrat. Es handelte sich also um ein Latenzstadium von 4 Monaten. Eine eigentümliche Erscheinung konnte Gans (22) beobachten: die Haut befand sich in der Umgebung einer 8 Tage alten Impfpockenpustel im Zustande der lokalen Allergie, indem eine im Anschluß an eine Staphylokokkeninfektion des Blutes auftretende sekundäre Purpura, die über den ganzen Körper gleichmäßig verteilt war, nur die Gegend der Pustel frei ließ. Histologisch ließ sich ein scharfer Grenzbezirk zwischen dem Purpuraexanthem und der rückgebildeten Pockenpustel feststellen.

Die Erfahrungen von Schwalbe (120) und Tjaden (123) zeigten, daß bisweilen eine Wiederholung der Impfung sofort nach dem Ausbleiben des Erfolges ein positives Ergebnis zeitigt. Das Berliner Polizeipräsidium hat in der Zeit der Massenimpfungen anfangs 1917 besonders auf diesen Umstand hingewiesen. — Kronfeld (67) empfiehlt seinen Impftrepan, der den Vorzug des sparsamen Lympheverbrauchs besitzt.

IV. Pathologie der Impfung.

Bei kritischer Betrachtung lassen sich in der Regel die vom Publikum angeführten sog. *Impfschädigungen* ganz erheblich einschränken. Gar zu leicht wird der Laie durch das post hoc, ergo propter hoc dazu verleitet, einen Zusammenhang anzunehmen, wo keiner vorliegt. In Preußen fielen im Jahre 1913 (25) 41 Todesfälle zeitlich mit der Impfung zusammen; nur bei 6 von ihnen ließ sich ein mittelbarer Zusammenhang mit der Impfung erweisen. In Bayern (Groth [36]) wurde 1913 26mal ulzeröse Entartung der Impfpustel nach sekundärer Infektion gemeldet,

7mal eiterige Entzündung der Achseldrüsen. 4mal Erysipel, 3mal konfluierende Vakzimia bei Ekzem und 16mal eine sekundäre Impfpustel. Von den 21 interkurrenten Todesfällen hing keiner mit der Impfung zusammen, ebensowenig wie einer der 1914 gemeldeten 17, die sämtlich Erstimpflinge betrafen. Nägeli (38) berichtet über 200 000 Soldatenimpfungen: keiner von den Geimpften starb, dagegen wurden 12 ernstlichere Schädigungen beobachtet, und zwar 2mal Nekrose, 1mal Geschwürsbildung, 1mal ein großer Abszeß, 2mal Nephritis (Zusammenhang?), je 3mal Phlegmone und Erysipel.

Ausgebreitete sekundäre Impfpusteln an Augenlidern, Hals, Ohr, Ellenbogen, Oberschenkel, Gesäß, Zunge (hier allein 4) sah Ochsenius (38) bei einem 2jährigen Kinde 11 Tage nach der Impfung auftreten. Wie eine Beobachtung von Stühmer (122) lehrt, kann übrigens eine sekundäre Aussaat stattfinden, ohne daß die Impfschnitte an der primären Impfstelle angegangen sind. Daraus geht hervor, daß eine lokale Hautimmunität bestehen kann, weshalb vorteilhafterweise bei Wiederimpfungen ein Wechsel der Impfstelle vorgenommen werden sollte.

Als Impfschädigung wurde der 11 Wochen nach der Impfung eintretende Tod eines diabetischen Wehrmanns (Eichhorst [16]) aufgefaßt.

Wie Ziffer (138) eine gegenteilige Auffassung nach seinen Erfahrungen hat, lehnt auch Voigt (130) jeden Zusammenhang ab.

Zuweilen tritt im Anschluß an die Kuhpockenimpfung eine sog. *Paravakzine* auf in Gestalt eines sich langsam entwickelnden roten erhabenen Knötchens von 4—6 mm Durchmesser. Nach v. Pirquets Beobachtungen (101) verschwindet es in 3 Wochen spurlos. Es ist auf andere Menschen übertragbar, macht aber keine Immunität gegen Vakzine, wohl aber gegen Paravakzine. Nach Justitz (56) kommt Paravakzine auch bei Blatternrekonvaleszenten vor.

V. Variolavakzine.

Zahlreiche Versuche von Hallenberger (40, 41) sprachen dafür, daß die Paschenschen Körperchen als Erreger der Variola zu betrachten sind. Bei der Filtration durch ein Bakterienfilter passieren sie; durch ein Kolloidfilter werden sie jedoch zurückgehalten. Impft man eine Kaninchenkornea mit dem ersten Filtrat, so erzielt man ein positives Ergebnis, während die Impfung mit dem zweiten steril verläuft. Eine Kultur ist noch nicht gelungen. Man kann nach Paschen (90) die Elementarkörperchen leicht darstellen, wenn man die Variolapustel mit dem Deckglas anritzt, den austretenden Gewebssaft mit der Kante unter leichtem Druck aufnimmt, ihn ausstreicht und trocknet, das Präparat in absolutem Alkohol fixiert und dann mit filtrierter Löfflerbeize übergießt; schließlich wird mit Karbolfuchsin gefärbt. — Proescher (103) bezeichnet die Pockenerreger als „azurophile" oder „thiazinophile" Mikroorganismen wegen ihrer Hinneigung zu den Anilinfarbstoffen der Thiazingruppe. Die Azurophilie spricht für Protozoenverwandtschaft.

Der Organismus, den Greeley (34) für den Erreger der Variola und der Vakzine hält, hat Ähnlichkeit mit Sporothrix; er ist von sphärischer Gestalt, mißt im Durchmesser 0.3—0.6 Mikren und läßt sich nach Giemsa, Unna und Neißer färben. Aus Kuhlymphe ließen sich Kulturen in Hydrozelenflüssigkeit anlegen, aus Pockenpusteln und Varizellenbläschen in Leimbouillon (35). Doch muß man diesen Angaben noch etwas skeptisch gegenüberstehen.

Das Guarnierische Phänomen kann nach den Feststellungen von v. Prowazek und Miyaji (104) nur vom lebenden Virus erzeugt werden. Das Vakzinevirus wird, einem Kaninchen intraperitoneal einverleibt, schnell vernichtet; die Vernichtung bleibt jedoch aus, wenn ein Exsudat vorhanden ist. Die Versuche, die Gins (27) anstellte, um eine Vermehrung des Vakzinevirus auf künstlichem Nährboden zu erzielen, gelangen nicht. Er konstatierte, daß starke Infektion der Hornhaut den ganzen Organismus immunisieren kann. Die Immunstoffe sind nach seiner Ansicht im Blute lokalisiert. — Kuhlymphe vermag Typhusagglutinine zu einer Neubildung anzuregen. Kirstein (60) injizierte Kaninchen verdünnte Kuhlymphe intravenös; 6 Tage später stieg der vorher sehr niedrige Agglutinationstiter für Typhusbazillen erheblich an.

VI. Propaganda für und gegen die Impfung.

Den *Pockenschutz* des deutschen Volkes behandelt allgemeinverständlich Gins (31): sein Material erstreckt sich bis auf die neueste Zeit und verwertet auch die im besetzten Gebiete gemachten Erfahrungen. Im großen Stil hat sich die Ausstellung des Kaiserin-Friedrich-Hauses in Berlin (57) die *Aufklärung* über die Pocken zum Ziele gesetzt. Eine Reihe von Vorträgen ergänzt das, was dem Beschauer in den Ausstellungsgegenständen vorgeführt wird. Diese Ausstellung dürfte nach dem gehäuften Auftreten der Pocken zu Anfang 1917 auf fruchtbaren Boden fallen.

Der impfgegnerischen Agitation wurde militärischerseits insofern eine Schranke während des Krieges gesetzt, als die Veröffentlichung und Verbreitung aller Abhandlungen, Flugschriften, Propagandakarten und als Manuskript gedruckten Erörterungen, in denen gegen die im Heere angewandten Schutzimpfungen Stellung genommen wird, verboten wurde (Schwalbe [119]). Daneben ergingen besondere Verbote, wie z. B. das stellvertretende Generalkommando des VIII. Armee-Korps den Vertrieb zweier Schriften der Impfgegner Winsch und Böing verbot. Aus einer Zeitungsnotiz geht hervor, daß ein Impfgegner wegen Aufreizung der vorm Feinde stehenden Soldaten zum Ungehorsam gegen die Befehle eines Vorgesetzten zu 3 Tagen Gefängnis verurteilt wurde; er hatte Postkarten ins Feld gesandt, in denen die Soldaten aufgefordert wurden, sich der Zwangsimpfung zu widersetzen.

Literaturverzeichnis.

1. Alvarez, Arch. de Hyg. Bd. 5. Nr. 1 u. 2. 1915.
2. Bericht in der D. med. Woch. 1916. Nr. 17.
3. Bericht in der D. med. Woch. 1915. Nr. 19.
4. Bericht über das bayrische Gesundheitswesen Bd. 39. München 1914.
5. Böing, H., D. med. Woch. 1917. Nr. 3.
6. Bors, Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 46.
7. Bredow, D. med. Woch. 1917. Nr. 27.
8. Bundesrat. Beschlüsse. Beil. z. d. Veröff. d. K. Ges.-Amtes 1917. Nr. 15.
9. Cody, Public health report Bd. 30. H. 40. 1915.
10. Cserhel, Furka, Gerloczy, Kaiser. Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 21.
11. Dold, Zeitschr. f. Hyg. Bd. 80. H. 3. 1915.
12. Dold, D. med. Woch. 1916. Nr. 46.
13. Dütschke, Der Impfzwang. Inaug.-Diss. Greifswald 1914.
14. Ebermayer, D. med. Woch. 1915. Nr. 26.
15. Eggebrecht, Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. 1915. Nr. 27.
16. Eichhorst, Med. Klin. 1915. Nr. 11.
17. Fischer, W., Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1915. Nr. 11.
18. Franz und Kuhner, Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. H. 3 u. 4. 1915.
19. Friedberg, Der Amtsarzt 1916. Nr. 1—3.

20. Friedemann, Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 13.
21. Friedemann und Gins, D. med. Woch. 1917. Nr. 37.
22. Gans, D. med. Woch. 1916. Nr. 23.
23. Geißler, Veröff. a. d. Geb. d. Med.-Verw. H. 11. Berlin 1914.
24. v. Gerloczy und Vas, Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 16.
25. Gesundheitswesen des Preußischen Staates i. J. 1913. Berlin 1915.
26. Gins, Kriegsärztl. Abend Berlin. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 14.
27. Gins, Zeitschr. f. Hyg. Bd. 82. H. 1. 1916.
28. Gins, D. med. Woch. 1916. Nr. 37.
29. Gins, D. med. Woch. 1916. Nr. 38.
30. Gins, Öffentl. Gesundheitspfl. 1917. H. 7.
31. Gins, Der Pockenschutz des deutschen Volkes. Berlin 1917.
32. Gins und Weber, Zeitschr. f. Hyg. Bd. 82. H. 1.
33. Ginzberg, D. med. Woch. 1916. Nr. 42.
34. Greeley, New York med. Record Aug. 1. 1914.
35. Greeley, New York med. Record Aug. 12. 1916.
36. Groth, Münchn. med. Woch. 1915. Nr. 14.
37. Groth, Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 8.
38. Nägeli, Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1915. Nr. 23 u. 24.
39. Habetin, Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 21.
40. Hallenberger, Zentralbl. f. Bakt. Bd. 80. H. 1—3.
41. Hallenberger, Med. Klin. 1917. Nr. 24.
42. Hallenberger, D. med. Woch. 1917. Nr. 34.
43. Hammerschmidt, Zeitschr. f. Med.-Beamte 1916. S. 207.
44. Hammerschmidt und v. Konschegg, Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 27.
45. Handrick. Mon.-Schr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Nr. 5. 1914.
46. Hanssen. D. med. Woch. 1917. Nr. 17.
47. Harde, Compt. Rend. de la Soc. de Biol. Bd. 78. S. 97. 1915.
48. Henkel. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 22.
49. Hesse, D. med. Woch. 1915. Nr. 6.
50. Hesse, D. med. Woch. 1915. Nr. 46.
51. Hillenberg, Zeitschr. f. Med.-Beamte 1915. Nr. 15.
52. Hoppe-Seyler, Med. Klin. 1917. Nr. 24.
53. v. Jaksch, Med. Klin. 1915. Nr. 9.
54. Jochmann, Med. Klin. 1914. Nr. 51 u. 52.
55. Jürgens, Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 14.
56. Justitz, Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 5.
57. K., M., Berliner Briefe. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 41.
58. Kersten, Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 18. Nr. 16.
59. Kindler, Zeitschr. f. Med.-Beamte 1916. S. 469.
60. Kirstein, D. med. Woch. 1917. Nr. 11.
61. Kisskalt, D. med. Woch. 1914. Nr. 40.
62. Klein, Münchn. med. Woch. 1914. Nr. 47.
63. Kling, Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 1.
64. Knöpfelmacher, Wien. med. Woch. 1915. Nr. 33.
65. Knöpfelmacher, Wien. med. Woch. 1916. Nr. 26.
66. v. Konschegg, Münchn. med. Woch. 1915. Nr. 1.
67. Kronfeld, Wien. med. Woch. 1915. Nr. 10.
68. Kuhn. Straßb. med. Zeit. 1915. Nr. 3.
69. Kuhn. Ver. d. kriegsärztl. besch. Ärzte Straßburgs. D. med. Woch. 1915. Nr. 29.
70. Kuhn, Erg. d. inneren Med. u. Kinderheilk. Bd. 14. S. 287. 1915.
71. Kulka, Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 21.
72. Kulka, Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 34.
73. v. Kutschera, Der Amtsarzt 1915. S. 45.
74. Kyrle und Morawetz, Wien. klin. Woch. 1915. Nr. 26.
75. Lentz, Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalw. Bd. 6. H. 3. Berlin 1916.
76. Lichtwitz, Ärztl. Ver. Hamburg. D. med. Woch. 1917. Nr. 21.
77. Mayerhofer, Wien. med. Woch. 1915. Nr. 25.
78. Mayerhofer, Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. H. 6. 1916.
79. Ministerium des Inneren in Preußen, Erlaß vom 20. Dez. 1916.
80. Ministerium des Inneren in Preußen. Erlaß vom 2. Dez. 1916.
81. Ministerium des Inneren in Preußen. Er- vom 3. März 1917.
82. Mitteilung in der Münchn. med. Woch. 1915. Nr. 9.
83. Mitteilung in der Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 11.
84. Mitteilung in der Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 4.
85. Morawetz, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 123. S. 579. 1916.
86. Morawetz, Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 23.
87. Nocht, Ärztl. Ver. Hamburg. D. med. Woch. 1917. Nr. 20.
88. Ochsenius. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 2.
89. Paschen, Ärztl. Ver. Hamburg. D. med. Woch. 1917. Nr. 28.
90. Paschen, D. med. Woch. 1917. Nr. 33.
91. Paschen, D. med. Woch. 1917. Nr. 24.
92. Paschen, D. med. Woch. 1917. Nr. 11.
93. Paul, D. med. Woch. 1917. Nr. 29.
94. Paul, Ver. d. Ärzte in Prag. Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 26.
95. Paul, Wien. med. Woch. 1915. Nr. 15.
96. Paul, Zeitschr. f. öff. Gesundheitspfl. 1914. H. 4.
97. Paul, Der Amtsarzt 1916. S. 129.
98. Paul, Wien. med. Woch. 1916. S. 861.
99. Perry, Public health report Bd. 30. Nr. 34—39.
100. Pilzer, Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 16 u. 17.
101. v. Pirquet, Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. H. 5. 1915.
102. v. Pirquet, Wien. med. Woch. 1915. Nr. 10.
103. Proescher, Berl. klin. Woch. 1915. Nr. 34.
104. v. Prowazek und Miyaji, Zentralbl. f. Bakt. Bd. 75. H. 2.
105. Raudnitz, Prag. med. Woch. 1915. Nr. 14.
106. Raudnitz, Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 24.
107. Reichskolonialamt, Medizinalbericht 1911/12. Berlin 1915.
108. Richter, D. med. Woch. 1915. Nr. 12.
109. Riedel, Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 35.
110. Risel, D. med. Woch. 1914. Nr. 38.
111. Rodenwaldt, Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 18. H. 12. 1915.
112. Saad, Med. Klin. 1916. Nr. 42.
113. Sammlung ger. Entsch. D. med. Woch. 1915. Nr. 3. S. 79.
114. Schatzmann, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 80. H. 3 u. 4.
115. Schelle, Öff. Gesundheitspfl. 1916. H. 12.
116. Schilling, Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 5.
117. Schreiber, D. med. Woch. 1917. Nr. 16.
118. Schwalbe, Beil. z. „Tag" 20. April 1917.

119. Schwalbe, D. med. Woch. 1916. Nr. 20.
120. Schwalbe, D. med. Woch. 1917. Nr. 16.
121. Seiffert, Münchn. med. Woch. 1915. Nr. 1 u. 2.
122. Stühmer, Med. Klin. 1917. Nr. 16.
123. Tjaden, D. med. Woch. 1917. Nr. 22.
124. Unger, Med. Klin. 1917. Nr. 3.
125. Unna jr., Berl. klin. Woch. 1914. Nr. 40.
126. Veröff. a. d. Geb. d. Med.-Verw. Bd. 6. Berlin 1916.
127. Veröff. d. Kais. Gesundheitsamtes 1916. Nr. 8.
128. Veröff. d. Kais. Gesundheitsamtes 1917. Nr. 4.
129. Voigt, D. med. Woch. 1915. Nr. 2.
130. Voigt, D. med. Woch. 1915. Nr. 15.
131. Voigt, D. med. Woch. 1917. Nr. 18.
132. Vorpahl, Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 13.
133. Vorpahl, Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 24.
134. Walko, Prag. med. Woch. 1915. Nr. 12.
135. Wiener, Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 44.
136. Willner, Med. Klin. 1916. Nr. 40.
137. Würtzen, Therap. Monatsh. 1914. Nr. 10.
138. Ziffer, D. med. Woch. 1915. Nr. 21.

B. Auszüge.

I. Anatomie und Entwicklungsgeschichte.

1. **Über das Intermetatarseum.** *Ein Beitrag zur Entstehungsgeschichte des menschlichen Fußes;* von G. Schwalbe. (Zeitschr. f. Morph. u. Anthr. Bd. 20. S. 1.)

Sch. liefert in seiner höchst interessanten Mitteilung über den seinerzeit von Gruber entdeckten überzähligen Fußwurzelknochen, das *Os intermetatarseum* einen schätzenswerten Beitrag zur Entstehungsgeschichte und *Phylogenie* des *menschlichen Fußes.*

Sch. kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: Der bisher ausschließlich beim Menschen gefundene Knochen ist weder auf ein rudimentäres, atavistisch auftretendes binnenständiges Metatarsale noch auf Hyperdaktylie zurückzuführen. Von dieser Varietät zu trennen sind die von manchen Autoren unter dem gleichen Namen beschriebenen partiellen Sehnenverknöcherungen, die sich aus dem Aufbau des M. interosseus dorsalis primus erklären, der nämlich in viel komplizierterer Gestalt auftreten kann als er gewöhnlich beschrieben wird. Er besitzt nämlich sehnige Längsstreifen, die zu besonderen Knochenfortsätzen werden können.

Eine Erklärungsmöglichkeit der Bildung des Intermetatarseum erhält man aber nach Sch. erst durch Untersuchung der Frage der Entstehung des *menschlichen Fußes* aus der *Form eines Greiffußes* in der Form etwa, wie sich ein solcher beim Schimpanse und Gorilla findet. Und zwar sind es folgende anatomische Veränderungen des Anthropoidenfußes, die stattfinden müssen, damit die Bildung eines menschlichen Fußes zustande kommen kann: 1. Enge Adduktion des ersten Strahles an den zweiten; dabei kann es sogar zu einer Gelenkverbindung zwischen den Basen der beiden ersten Metatarsalia kommen; 2. eine Verdickung und 3. eine Verlängerung des ersten Metatarsale, deren Wert aber ein geringerer ist; 4. von größter Bedeutung dagegen muß für die Entstehung des menschlichen Schreitfußes eine sehr erhebliche Verkürzung der bei den Anthropoiden besonders langen Phalangen (vornehmlich der Grundphalangen) für die Ermöglichung eines raschen bipeden Ganges sein; zugleich muß dabei eine Geradestreckung der stark gekrümmten Teilstücke, besonders der Grundphalangen eintreten; 5. die Gewölbebildung des menschlichen Fußes ist an dem des Schimpansen und Gorilla in ihren Grundlagen schon vorhanden.

Es sind also Adduktion der großen Zehe und Verkürzung der Phalangen sämtlicher Zehen die wichtigsten Vorbedingungen der Entstehung des menschlichen Schreitfußes aus einem Greiffuß. Sie können nur durch den aufrechten Gang verursacht worden sein.

Durch diese Adduktion des ersten Metatarsale an das zweite kommt eine vollständige Ausschließung des vorderen Randes des Kuneiforme I von der Begrenzung des ersten Intermetatarsalraums zustande, während bei den Anthropoiden (Schimpanse, Gorilla, Orang) ein mehr oder weniger großes Stück des lateralsten Abschnittes des vorderen Randes des Kuneiforme I frei an den ersten Intermetatarsalraum grenzt.

Diese Pars intermetatarsea ossis cuneiformis I wird nun infolge der vollständigen Adduktion des Metatarsale I allmählich eingeengt und damit vom Intermetatarsalraum abgeschlossen. Es hat infolgedessen zu eventuell weiterer Ausdehnung nur noch Raum in disto-lateraler Richtung und dorsal, also gerade in der Richtung, in der man sich das typische Intermetatarseum an das Kuneiforme I anschließen sieht. Das Intermetatarseum ist also infolge dieser Entstehungsart zunächst ein Fortsatz des ersten Keilbeins; diese sog. Synostose des Knochens mit dem Kuneiforme I ist also kein sekundärer Zustand, sondern der primäre; von ihm aus geht erst die (dann als sekundär aufzufassende) Abgliederung des Intermetatarseum vor sich. Kommt also ein freies Intermetatarseum vor, so ist dieses durch Abgliederung vom ersten Keilbein entstanden; es kann in seltenen Fällen „abwandern" oder sekundär mit der Basis des Metatarsale I verschmelzen.

Nicht zum Intermetatarseum zu rechnen sind wahrscheinlich die Fälle, in denen ein zapfenförmiger Fortsatz der Basis des zweiten Metatarsale distal ansitzt. Es sprechen sowohl Lagerung wie Richtung und die bedeutende Größe eines solchen Fortsatzes gegen eine derartige Auffassung. Ihre Entstehung ist vielmehr so aufzufassen, daß eine auf Muskelteile übergreifende Verknöcherung fibröser Stränge stattgefunden hat.

Sobotta (Königsberg).

2. **Ein Fall überzähliger rudimentärer Mammabildung an der Innenseite des Oberschenkels eines Mannes;** von A. Forster. (Anat. Anz. Bd. 49. Nr. 19 u. 20. S. 529—535. 1 Abb. 1917.)

F. beschreibt eine *überzählige rudimentäre Mamma* (eigentlich nur eine Brustwarze) an sehr ungewöhnlicher Stelle, nämlich an der *Innenseite des Oberschenkels* eines 42jährigen Mannes einige Zentimeter distal von der Leistenbeuge.

Obwohl die Bildung auf einer ca. 5 cm Durchmesser messenden mammaartigen Erhebung saß, fand sich bei näherer Untersuchung dennoch keine Spur eines Drüsenkörpers vor, wohl aber waren eigentüm-

liche, nur zum Teil verästelte, zapfenartige Verlängerungen des Stratum Malpighi der Epidermis nachweisbar, die man vielleicht als Rudimente einer Drüsenbildung auffassen konnte. Vollkommen entwickelt war dagegen die Papilla mammae.

Sobotta (Königsberg).

3. Über das Os lacrimale an Papuaschädeln; von H. B. Goetsch. (Anat. Anz. Bd. 49. Nr. 19 u. 20. S. 549—559. 12 Abb. 1917.)

G. beobachtete in 2 Fällen bei *Schädeln von Papuas* aus Niederländisch-Neuguinea ein *völliges Fehlen des Tränenbeins.* Da dieser Zustand in der Literatur bisher meist bestritten worden ist, unter der Angabe, daß es sich nicht um ein eigentliches Fehlen des Knochens handele, sondern um eine sekundäre Verwachsung mit Nachbarknochen, untersuchte G. die Frage genauer an der Hand von 53 Papuasschädeln und 29 zum Vergleich herangezogener holländischer.

G. kommt nun auf Grund dieser Betrachtungen zu dem Ergebnis, daß zunächst das *Os lacrimale in der Tat völlig fehlen kann.* Dieses Fehlen des Knöchelchens kann in zweierlei Weise zustande kommen, nämlich entweder durch eine Vergrößerung von Maxillare (Planum orbitale) und Frontale oder durch Vergrößerung des Ethmoidale und Maxillare (Processus frontalis). Im ersteren Falle entsteht eine horizontale Sutura frontomaxillaris, im zweiten eine vertikale Sutura ethmo-maxillaris. Durch Fortsatzbildung der das Lakrimale unmgebenden Knochen kann aber auch eine partielle Reduktion des Tränenbeins zustande kommen, wobei dann die genannten Nähte — allerdings in entsprechend kürzerer Ausdehnung — vorkommen können.

Diese bei Papuaschädeln gefundenen Abweichungen des Tränenbeins zeigten große Unterschiede in der Häufigkeit, waren aber immer in viel ausgesprochenerem Maße vorhanden als die auch nicht völlig fehlenden, meist aber nur angedeuteten Abweichungen bei den zum Vergleich herangezogenen Schädeln von Holländern.

Es kommt also eine *Reduktion des Lakrimale* als Folgeerscheinung der Vergrößerung eines oder mehrerer der umgebenden Knochen bei *Papuaschädeln häufiger* vor als bei europäischen. Das Tränenbein ist also ein Knochen, der bei Papuanern sowohl absolut wie relativ (d. h. im Vergleiche mit der Größe der Orbita) kleiner ist als bei Europäern. Zugleich stellt er ein weniger fixiertes Element der Orbitalwand dar, d. h. ein solches, das größeren Variationen, und zwar insbesondere Verkleinerungen unterworfen ist.

Sobotta (Königsberg).

II. Physiologie.

4. Über Blutuntersuchungen bei Fliegern; von E. Meyer. (D. med. Woch. 1916. Nr. 41. S. 1245.)

Durch die an 28 Fliegern gemachten Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß bei Fliegern, die seit einem Jahre und länger fliegen, meist eine Hämgolobin- und Erythrozytenvermehrung eintritt, die der lange bestehen bleibenden im Hochgebirge auftretenden entspricht. In einzelnen Fällen wurden mit Sicherheit kernhaltige Erythrozyten beobachtet, nicht aber eine Eindickung des Blutes, so daß es sich um eine gesteigerte Blutbildung handeln dürfte.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

5. Die Ermüdung; von A. Durig. (Das österr. Sanitätswesen 1916. Beih. z. Nr. 18—21.)

Im Gegensatz zu der praktischen Bedeutung und Wichtigkeit der Ermüdungsfrage stehen im allgemeinen die geringen Kenntnisse auf dem Gebiete des Ermüdungsproblems. Die vorliegende sehr eingehende Bearbeitung des gesamten Stoffes bildet deshalb eine sehr erwünschte Aufklärung vieler Fragen dieses etwas abseits gelegenen Themas. Der erste theoretische Teil schildert die Methoden der Ermüdungsforschung und bespricht eingehend die biochemischen, morphologischen und anatomischen Zusammenhänge und Veränderungen bei der Ermüdung; während der zweite Teil das Problem vom rein praktischen Gesichtspunkt aus betrachtet. In diesem Abschnitt, der außer den Arzt auch den Arbeiter und Industriellen interessieren wird, erfahren wir etwas über die praktische Verteilung der Arbeitszeit, die Bedeutung der Überstunden, der Monotonie der Arbeit, über den Zusammenhang von Ermüdung und Unfällen und werden schließlich aufgeklärt über das Problem nach volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten. Nach dem Vorwort hat D. in die Arbeit viele Grundprobleme hineingeflochten, die noch zur Diskussion stehen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

6. Über den Einfluß des Zwischenhirns auf den Stoffwechsel; von E. Leschke und E. Schneider. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 1. S. 58.)

Weder Reizung noch Ausschaltung des Zwischenhirns bewirkt nachweisbare Beeinflussung des Gesamtstoffwechsels; nur der Eiweißstoffwechsel wird durch Zwischenhirnreizung etwas gehemmt. Eine von einem Punkte des Gehirns ausgehende Gesamtregulierung des Stoffwechsels wie etwa die zentrale Wärmeregulation gibt es nicht, trotzdem erfahren die einzelnen Gebiete des Stoffwechsels (Purin-, Wasser-, Salz-, Kohlehydrat-Stoffwechsel) von verschiedenen Stellen des Hirnstammes eine Regulierung.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

III. Mikrobiologie und Serologie.

7. Zur Umwandlungsfrage der Diphtheriebazillen; von K. E. F. Schmitz. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 133.)

Bei einem typisch Diphtheriekranken wurden in der Rekonvaleszenz zuerst 2 Stämme gefunden, die sich gegenüber der Neißer-Färbung nicht ganz typisch verhielten, bei denen aber bald wieder der volle Diphtheriecharakter hervortrat. Darauf wurden zwei weitere Stämme isoliert, von denen der erste in der Morphologie noch etwas Diphtherieähnlichkeit besaß, aber nach Neißer negativ war, der zweite in der Morphologie ganz pseudoartig, in der Neißer-Färbung positiv-atypisch war. Beide Stämme verhielten sich im Thielschen Nährboden (Zuckervergärung) zunächst wie echte Diphtheriebazillen. Jedoch war im Vergleich zu anderen Stämmen die Vergärfähigkeit bereits herabgesetzt. Im Laufe der Zeit veränderten sich die Bakterien langsam sowohl in der Morphologie wie in ihrer Vergärfähigkeit immer mehr, so daß sie sich schließlich nicht mehr von Pseudodiphtheriebazillen unterschieden. Das gleiche fand statt in der Gramfestigkeit, die mit der Zeit größer wurde, so daß sie schließlich derselben Art war, wie sie beim Pseudodiphtheriebazillus aufzutreten pflegt.

Nach Meinung von Sch. dürfte mit diesen Be-

obachtungen ein weiterer Schritt zum Beweise der genetischen Einheit von Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen gemacht worden sein.
Koenigsfeld (Freiburg).

8. **Über die Gramfestigkeit der Diphtheriebazillen und ihre theoretische und praktische Bedeutung;** von K. E. F. Schmitz. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 136.)

Bei einer Reihe von Diphtherie- und Pseudodiphtherie-Reinkulturen konnte festgestellt werden, daß bei 15 Minuten dauernder Entfärbung in absolutem Alkohol die Diphtheriebazillen den Gramfarbstoff leichter abgeben als die Pseudodiphtheriebazillen. Diese von Langer und Krüger beobachtete Tatsache kann aber nach der Meinung von Sch. nicht als ein Merkmal angesehen werden, das die Diphtherie- von den Pseudodiphtheriebazillen scharf trennt, und zwar aus folgenden Gründen: 1. Auch die echten Diphtheriebazillen entfärben sich nicht vollkommen. Reste der Blaufärbung sind bei Gegenfärbung mit schwächeren Farbstoffen (Eosin, Vesuvin) leicht nachweisbar. 2. Einige Monate alte Kulturen echter Diphtheriebazillen zeigten ziemlich hochgradige Grampositivität, besonders die sog. Degenerationsformen behielten die Gramfarbe sehr fest. 3. Bei 2 Stämmen, die auch in ihrem sonstigen Verhalten einen Übergang zu den Pseudodiphtheriebazillen bildeten, konnte beobachtet werden, daß sie bei der Herauszüchtung die Gramfarbe sehr leicht, nach einigen Monaten jedoch sehr schwer abgaben. 4. Bei einer großen Reihe von Rachenabstrich-Untersuchungen wurde festgestellt, daß die gleichzeitig vorhandenen saprophytischen Bakterien (Heubazillen und sonstige Stäbchen, Staphylokokken, Streptokokken, Sarzinen, Hefen usw.) in der Mehrzahl bei der verlängerten Entfärbung ebenfalls die Gramfarbe abgaben. Im Originalpräparat verhindert dieses Verhalten die leichtere Auffindung der Diphtheriebazillen.

(Diese Einwände tun dem Langerschen Verfahren keinen Abbruch, das ja kein wissenschaftliches Artenmerkmal sein will, sondern eine große Erleichterung bei der oft recht schwierigen Differentialdiagnose an frisch vom Kranken herausgezüchteten Bazillen für die Praxis bringen soll. Ref.)
Koenigsfeld (Freiburg).

9. **Paratyphus A und ein neuer Nährboden zur biologischen Differenzierung des Paratyphus A-, Paratyphus B- und Typhus-Bazillus;** von V. Švestka. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 521.)

Zur Differenzierung von Typhus, Paratyphus A und B wird ein neuer Nährboden angegeben, der ähnlich wie der Endosche zusammengesetzt ist, doch anstatt Milchzucker Galaktose und geringe Mengen Traubenzucker enthält. Der Nährboden ist in flüssigem Zustande zu beimpfen. Typhusbazillen färben den Nährboden schwach rosa, bilden kein Gas, die Reaktion ist sauer; Paratyphus A läßt den Nährboden farblos oder färbt ihn schwach rosa, bildet Gas; Reaktion schwach sauer; Paratyphus B färbt intensiv rot, bildet stark Gas, Reaktion stark sauer.

Beim Paratyphus A ist die kontagiöse Infektion von Mensch zu Mensch, bei der der Kranke selbst, der Träger und Ausscheider die Hauptrolle spielt, gegen die Übertragung durch Nahrungsmittel in den Vordergrund zu stellen. Für Paratyphus A ist eine ganz selbständige Stellung, sowohl bakteriologisch als auch klinisch zu reservieren. Koenigsfeld (Freiburg).

10. **Über eine Infektionskrankheit, bedingt durch einen Keim aus der Paratyphusgruppe;** von E. Weil und P. Saxl. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 519.)

Es werden die Krankengeschichten von 3 Fällen einer fieberhaften Erkrankung mitgeteilt, deren klinisches Bild sehr mannigfaltig und abwechslungsreich ist, bei dem manches an eine typhöse Erkrankung erinnert, vieles für einen septikämischen Prozeß spricht. Die bakteriologischen Stuhluntersuchungen waren stets negativ, während aus dem Blut wiederholt ein Keim gezüchtet wurde, der nach seinem kulturellen Verhalten zur Paratyphusgruppe gehörte, aber nicht von dem entsprechenden Immunserum agglutiniert wurde. Dagegen wiesen die 3 Stämme in ihrem serologischen Verhalten eine große Ähnlichkeit mit dem Suipestifer Voldagsen auf. Koenigsfeld (Freiburg).

11. **Beitrag zur Frage des Erregers des Fünftagefiebers;** von Riemer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 3. S. 92.)

Bei einem Falle von Fünftagefieber gelang es, im Ausstrichpräparat des Krankenblutes eine Spirochäte aufzufinden. Durch Bebrütung des Blutes in menschlichem Serum gelang eine Anreicherung bzw. Reinzüchtung dieser Spirochäte, die 4 Schraubenumdrehungen und 8 Windungen zeigt. Die Spirochäte färbt sich sehr leicht mit allen Anilinfarben. Tierversuche bis jetzt ohne Ergebnis.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

12. **Bakterielle Befunde im Blute von Fleckfieberkranken;** von P. Przygode. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 234.)

Pr. gelang es, aus dem Blute Fleckfieberkranker ein Gram-positives, unbewegliches, streng anaërob wachsendes — offenbar mit dem Plotzschen Erreger identisches — Kurzstäbchen zu züchten, das eine hochwertige Agglutination mit dem Serum desjenigen Patienten gab, aus deren Blute es gezüchtet war, ferner mit dem Serum anderer Patienten, bei denen es ebenfalls gefunden worden war, sowie bei klinisch sicher Fleckfieberkranken, bei denen aber die Stammkulturen steril geblieben waren. Kontrollagglutinationen einmal dieses Erregers mit dem Serum Gesunder und Typhus- und Dysenteriekranker, andererseits des Serums derjenigen Fleckfieberkranken, aus deren Blut er isoliert war, mit Typhus-, Paratyphus B- und Dysenteriestämmen blieben schon in niederen Verdünnungen negativ. Kadner (Dresden-Loschwitz).

13. **Zur Differentialdiagnose der Gasbranderreger;** von H. Zacherl. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 517.)

Bei Untersuchungen an einer Reihe von Gasbrandstämmen fand Z. in einem Teil der Fälle als Erreger den Fränkelschen Gasphlegmonebazillus, in einem anderen den malignen Ödembazillus. Bei einer Anzahl der Stämme waren daneben noch sporentragende, bewegliche Stäbchen festzustellen, die sich teilweise mit dem von Bienstock beschriebenen Bac. putrificus identifizieren ließen. Als Differentialnährboden schlägt Z. eine Traubenzuckerbouillon vor, die mit einigen Tropfen einer Pyronin-Methylgrünlösung versetzt wird. Der Fränkel-Bazillus färbt diesen Nährboden smarargdgrün, der Ödembazillus hellrosa bis chrysarobinrot, während ihm der Bac. putrificus die Farbe der gewöhnlichen Bouillon gibt.
Koenigsfeld (Freiburg).

14. **Über Vergärung und Säurebildung der Gasbazillen in ihrer Beziehung zur Sporulation;** von O. Olsen. (Med. Klin. 1917. S. 99.)

Auf denjenigen Kohlehydratnährböden, in denen Säurebildung durch Vergärung auftritt, bilden die Gasbazillen keine Sporen. Auf alkalischem Agar tritt die Sporenbildung sehr deutlich hervor; dieser eignet sich daher besonders gut für die Konservierung der Gasbazillenstämme. Koenigsfeld (Freiburg).

15. **Nähere Untersuchungen über die Systematik des „Ovoplasma anucleatum";** von O. L. E. de Raadt. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. S. 133. 1917.)

In Niederländisch-Ostindien findet man in der Milz von an Fieber zugrunde gegangenen Eingeborenen zuweilen ganz typische Gebilde, die von de R. im Jahre 1909 zuerst entdeckt worden sind und kaum anders als ein bisher unbekannter Mikroorganismus gedeutet werden können. Dieser muß allem Anschein nach als der Erreger einer beim Menschen vorkommenden Krankheit betrachtet werden, von welcher die klinischen Symptome, soweit de R. es feststellen konnte, hauptsächlich die folgenden sind: unregelmäßiges, remittierendes Fieber, Milztumor, besonders auffallende Abmagerung und tödlicher Ausgang. Der betreffende Mikroorganismus, als „Ovoplasma anucleatum" beschrieben, gehört wahrscheinlich zu den Blastomyzeten. Ob er auch in anderen Körperorganen als der Milz vorkommt, ob er sich auf künstlichen Nährböden züchten läßt, im Tierversuch pathogene Eigenschaften zeigt und auf welche Weise das Eindringen in den menschlichen Körper stattfindet, müssen weitere Untersuchungen ergeben.

Koenigsfeld (Freiburg).

16. **Beiträge zur Ätiologie des Schnupfens;** von H. Dold. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 143.)

In Nachprüfung von Versuchen von Kruse impfte D. bakterienfreies Berkefeld-Filtrat des Nasensekretes von einem akuten Schnupfen auf 17 Versuchspersonen, von denen 7 an Schnupfen erkrankten, während Kontrollpersonen, die unter denselben äußeren Bedingungen lebten, gesund blieben. Ein zweiter in gleicher Weise angestellter Versuch mit dem Sekret eines anderen Falles verlief völlig negativ. D. schließt daraus, daß der Schnupfen keine einheitliche Erkrankung darstellt und nur ein Teil der Fälle durch filtrable Erreger verursacht wird. Züchtungsversuche mit letzteren lieferten in anaërober Aszitesbouillon opaleszierende Trübungen, deren Verimpfung auf Versuchspersonen Schnupfen hervorrief. Färberisch war in den Trübungen nichts nachzuweisen; im Dunkelfeld zeigten sich zahlreiche kleine Körperchen von anscheinend aktiver Beweglichkeit.

Koenigsfeld (Freiburg).

17. **Blut- und Insektenflagellatenzüchtung auf Platten;** von W. Nöller. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. S. 53. 1917.)

Es werden Schrägröhrchen und Platten aus Traubenzuckeragar hergestellt, der mit dem gleichen bis doppelten Volumen defibrinierten Pferdeblutes versetzt wird. Auf diesem Nährboden lassen sich Blut- und Insektenflagellaten bei sorgfältiger Technik, die genau beschrieben wird, in Reinkultur gewinnen. Mit diesen Reinkulturen können besser als mit den bisherigen Methoden morphologische Untersuchungen, Tierinfektionsversuche und serologische Untersuchungen vorgenommen werden.

Koenigsfeld (Freiburg).

18. **Das Kuhnsche Bolus- und Bierastsche Petrolätherverfahren als Nachweisverfahren des Typhus- und Paratyphuskeimes im Stuhl;** von W. Bierast. (Med. Klin. 1917. S. 70.)

B. führt aus, daß sein Petrolätherverfahren hinsichtlich Einfachheit der Ausführung und Leistungsfähigkeit beim Nachweis des Typhus- und Paratyphuskeimes im Stuhl dem Kuhnschen Bolusverfahren überlegen und an Zeitverbrauch bis Abschluß der Untersuchung gleichwertig ist.

Koenigsfeld (Freiburg).

19. **Verfahren zur Wiedergewinnung gebrauchten Agars;** von P. Kaunitz und G. Moßler. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 340.)

Der in gebrauchtem Agar enthaltene Zucker wird durch zugesetzte Kolibazillen vollständig vergoren und der Farbstoff bis auf geringe Reste ausgewaschen, die durch ein Bleichverfahren mit Chlor zersetzt und abermals ausgewässert werden. Nach Klärung mit Hühnereiweiß erhält man den Agar in der ursprünglichen reinen Form. Mit Nährböden, die aus diesem wiedergewonnenen Agar hergestellt waren, wurden durchaus befriedigende Erfahrungen gemacht.

Koenigsfeld (Freiburg).

20. **Untersuchungen über die Fermente der Zerebrospinalflüssigkeit des Menschen;** von P. Lindig. (D. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 433.)

Gegenüber Leschke und Pinkussohn nimmt L. für sich in Anspruch, erstmals — soweit es sich um gesunde Schwangere handelt — festgestellt zu haben, daß ein Übertritt von Abwehrfermenten aus dem Blute in den Liquor cerebrospinalis bei Schwangerschaft nicht stattfindet.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

21. **Neue Beobachtungen über Komplemente und deren Bedeutung.** 2. Mitteilung; von Mandelbaum. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 277.)

Aktives Serum verliert durch 24stündige Bebrütung bei 37° seine komplettierende Fähigkeit. In dem 37° warmen Körper des Menschen wird der Komplementschwund in der Blutbahn durch besondere Stoffe verhindert, die M. als „Sozine" bezeichnet. Diese Sozine werden von den polynukleären Leukozyten, nicht aber von den Lymphozyten, Endothelzellen oder den großen mononukleären Zellen abgegeben.

Koenigsfeld (Freiburg).

22. **Über die Wirkung von Druck auf Immunkörper und Immunreaktionen;** von R. Müller. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 841.)

Die verschiedensten Immunkörper und Immunreaktionen sind durch Druck beeinflußbar. Die entstehenden Änderungen können rhythmischen Schwankungen unterworfen sein. Koenigsfeld (Freiburg).

23. **Weitere Beiträge zur Komplementbindungsreaktion beim Fleckfieber;** von P. Papamarku. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 649.)

Mit Extrakten aus Kulturen des Plotzschen Bazillus ließ sich ein brauchbares spezifisches Antigen gegenüber Fleckfieberseris nicht gewinnen. Aus Kulturen des Proteus-(H 19)Keimes von Weil und Felix wurde ein anscheinend spezifisch wirksamer Extrakt hergestellt, doch ergab derselbe nicht mit allen Fleckfieberkrankenseris eine positive Reaktion: in dieser Beziehung erwies sich die Weil-Felixsche Agglutinationsreaktion der Komplementbindungsreaktion überlegen. Von zwei mit rickettsienhaltigen Läusen hergestellten Extrakten ergab der eine anscheinend spezi-

fische Bindungen; der andere erwies sich als wenig brauchbar. Ob es möglich sein wird, auf diese Weise eine spezifische Komplementbindungsreaktion beim Fleckfieber zu erzielen, erscheint zweifelhaft, da auch normale Läuseextrakte positive Reaktionen ergaben.
Koenigsfeld (Freiburg).

24. **Weitere Erfahrungen in der Tuberkulosebehandlung mit Partialantigenen;** von G. Deycke und E. Altstaedt. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 273.)

Es wird über 637 mit dem Partigenverfahren behandelte Tuberkulose-Erkrankungen der verschiedensten Art berichtet. Die Beobachtungszeit erstreckt sich auf $3^1/_2$ Jahre. Ein Erfolg, Heilung oder Besserung, wurde bei 537 Fällen = 84% erzielt.
Koenigsfeld (Freiburg).

25. **Über das Verschwinden des Tetanusantitoxins aus dem Blut;** von H. Hempl u. G. C. Reymann. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 235.)

Das Verschwinden des Tetanusantitoxins aus dem Blute folgt im allgemeinen den früher bei anderen passiv empfangenen Antitoxinen festgestellten Gesetzen. Es scheint, als ob die Konzentration des Antitoxins keinen ausgesprochenen Unterschied in der Schnelligkeit macht, mit welcher es aus dem Blute verschwindet. Koenigsfeld (Freiburg).

IV. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

26. **Über das Wachstum der transplantablen Mäuse-Tumoren in kastrierten und in epinephrektomierten Tieren;** von Joannovics. (Zieglers Beitr. Bd. 62. S. 194. 1916.)

Die Untersuchungen J.s ergeben, daß weder Kastration noch Entfernung der Nebennieren einen Einfluß auf die Prozentzahl der Impfausbeute haben. Dagegen läßt sich ein solcher auf den Wachstumsumfang der Tumoren wohl feststellen, und zwar in dem Sinne, daß die Kastration das Karzinom stark hintanhält, während sie auf die desmoidalen Geschwülste, das Sarkom und Chondrom, keinen Einfluß ausübt; genau umgekehrt verhält sich der Einfluß der Nebennieren-Entfernung, indem sie das Karzinom nicht beeinflußt, eher etwas fördert, dagegen das Sarkom und Chondrom stark hemmt. Die Ursache dieser Hemmung sieht J. in der mangelnden Glykogenproduktion nebennierenloser Tiere, während die Stoffwechselstörung, welche im Anschluß an die Kastration die Hemmung des Karzinomwachstums hervorruft, nicht genauer zu umgrenzen ist. Wehrsig (Aachen).

27. **Die Schilddrüse bei akuten Infektionskrankheiten;** von Simmonds. (Zieglers Beitr. Bd. 63. S. 127. 1916.)

S. hat den Schilddrüsen-Veränderungen bei akuten Infektionen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt und dabei in 18 Fällen embolische Abszesse von mikroskopischer Kleinheit bis zu Walnußgröße nachweisen können. Stets wurden die spezifischen Erreger im Zentrum der Herde gefunden, und zwar 4mal Strepto-, 13mal Staphylokokken und 1mal Typhusbazillen. Die Leukozytenansammlung erfolgte nicht interstitiell, sondern hauptsächlich intrafollikulär; Kolloid und Follikelepithel persistierten oft auffällig lange.

Neben diesen herdförmigen Prozessen treten die Fälle mit diffuser Veränderung in den Hintergrund. Es handelt sich dabei um mangelhafte Färbbarkeit des Kolloids und um mehr oder minder deutliche Epitheldesquamation, besonders nach Scharlach; Beziehungen der Infektionen zu den interstitiellen Lymphozytenherden ließen sich nie feststellen. Da sich in diesen diffusen Fällen niemals die Erreger selbst nachweisen lassen, sieht S. in ihnen nur eine Reaktion des Schilddrüsengewebes auf die Bakterientoxine.

Fälle de Quervainscher Thyreoiditis simplex, bei der es also im Anschluß an Infektionen zu diffuser Leukozytenbeimengung zum Kolloid und bedrohlichen klinischen Erscheinungen kommt, hat S. nicht vor Augen bekommen; dagegen führt er 3 Beobachtungen von fibröser Verödung der Schilddrüse an, die in der Anamnese einmal Polyarthritis, das andere Mal verschiedene akute Infektionen, das 3. Mal Lues hatten, und glaubt in dieser Fibrose das Narbenstadium der Thyreoiditis simplex sehen zu dürfen, ganz ähnlich wie die Mumps-Orchitis zu fibröser Verödung des Hodens führen kann. Wehrsig (Aachen).

28. **Die Vererbung der Immunität gegen Lyssa.** 3. Mitteilung. **Die Vererbung der Wut.** 4. Mitteilung; von D. Konradi. (Zentralbl. f. Bakt. Bd. 79. S. 80. 1917.)

K. teilt 5 neue Versuchsserien mit, die er zur Untersuchung der Vererbung der Wut, bzw. der Wutimmunität vom Muttertier auf die Jungen in 1. Generation angestellt hat. Die 1. und 2. dieser Reihen erweisen die Vererbbarkeit der Lyssaimmunität vom Muttertier auf den Wurf, und zwar in der 1. Reihe auf die Dauer von mehr als 1, jedoch weniger als 2 Jahren; in der 2. Reihe von mindestens 20 Monaten und 25 Tagen. Die letzten 3 Reihen erweisen die Übertragbarkeit der Wut selbst von der Mutter aufs Tier, und zwar in einer Zeit von 3—160 Tagen.
Wehrsig (Aachen).

29. **Über Gasbrand im Verdauungskanal;** von Jeppson. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 27. S. 409. 1916.)

Eine 44jährige Frau erkrankte plötzlich mit sehr heftigen Schmerzen im Bauch, leichtem Durchfall und schwerster Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Bei der Probelaparotomie am Nachmittag fand sich eine grünschwarze Verfärbung des Dünndarms bis auf den letzten Meter; der Darm fühlte sich eigentümlich kissenartig, die A. mesenterica sup. sehr derb an. Exitus noch an demselben Tage.

Die Sektion 18 Stunden post mortem ergab bräunliche Verfärbung der mit reichlich Gasblasen durchsetzten Schleimhaut des Magens und Dünndarms, allmählichen Übergang ins Gesunde, blaurote Verfärbung der Dünndarmserosa, hämorrhagisches Exsudat im Bauch, keine nachweisbare Thrombose oder Embolie der Gefäße, Mitralstenose. Mikroskopisch fanden sich mehr oder minder erhebliche Nekrosen der Mukosa und Submukosa, Gasblasen in den nekrotischen Teilen beider, starke Ansammlung von Leukozyten, stellenweise auch kleinzellige Infiltration. Bei Bakterienfärbung fand man neben oberflächlichen Streptokokken zahllose grampositive plumpe Stäbe sowohl an der Oberfläche, als auch um die Gasbläschen herum.

Solche grampositive unbewegliche Stäbe gehen auch in der Kultur an; J. stellt sie zur Gruppe des Gasbrands und nennt deshalb das ganze Krankheitsbild einen intestinalen Gasbrand. Da jedoch die Bazillen auch aërob wachsen, für Meerschweinchen und Mäuse apathogen sind, Gelatine nicht verflüssigen und reichlich Gas anscheinend nur in Glykoseagar bilden, dürfte dem nicht ohne weiteres zuzustimmen sein.

Die Bildung postmortaler Schaumorgane im Tierversuch ändert daran nichts; sie spricht vielmehr im Verein mit der starken leukozytären Infiltration der Darmwand, dem Vorhandensein von Streptokokken und der Blutleukozytose sehr für die Auffassung, daß eine phlegmonös-nekrotische Streptokokkeninfektion vorgelegen hat, in deren Bereich erst agonal, wahrscheinlich sogar postmortal, die apathogenen Gasbildner eingewandert sind. Wehrsig (Aachen).

30. **Experimenteller Paratyphus (A und B) durch Gallenblaseninfektion**; von G. Wagner und E. Emmerich. (Zentralbl. f. Bakt. Bd. 79. S. 1. 1916.)

In derselben Weise, wie sie in früheren Versuchen mit Typhusbazillen experimentierten, haben W. u. E. jetzt versucht, durch Infektion der Gallenblase mit Paratyphus A und B die Tiere (Kaninchen und diesmal auch Meerschweinchen) zu Keimträgern zu machen.

Mit Paratyphus A infizierten sie 2 Kaninchen, von denen das eine nur bis zum 8. Tage nach der Infektion Keime ausschied, aber noch nach 2 Monaten einen positiven Widal bis 1 : 2000 besaß. Die Obduktion $3^1/_2$ Monate nach der Infektion ergab bakteriologisch einen völlig negativen Befund, pathologisch-anatomisch Schwellung und grauschwarze Verfärbung der Mesenterialdrüsen und hochgradige Follikelschwellung der Milz.

Das 2. Kaninchen schied dauernd Paratyphus A-Bazillen aus; bei der Tötung am 95. Tage p. i. fanden sich die Keime in der Gallenblase massenhaft, außerdem in Dünn- und Dickdarm, Leber und rechter Niere. Pathologisch-anatomisch war die Leber mit einigen verdächtigen Knötchen durchsetzt, die Gallenblase, von der Leber umwachsen, mit eingedicktem Eiter und mehreren grauschwarzen, hirsekorngroßen Konkrementen angefüllt. Mikroskopisch zeigte die Gallenblasenwand starke adenomatöse Wucherung der Schleimhaut infolge chronischer Entzündung; in der Leber war das interazinöse Bindegewebe stark zellig infiltriert.

Während somit bei dem Kaninchen die experimentelle Infektion mit Paratyphus A weitgehende Übereinstimmung mit der Typhusinfektion ergab, gelang es bei Meerschweinchen nur, einmal eine 21-, das andere Mal eine 44tägige Bazillenausscheidung zu bewirken; dann hörte die Infektion auf; die spätere Obduktion hatte bakteriologisch ein völlig negatives Resultat und bot pathologisch-anatomisch die Zeichen einer abgelaufenen Infektion: Schrumpfung und Verdickung der Gallenblase, Vergrößerung der Mesenterialdrüsen, Follikelschwellung der Milz.

Die 2 mit Paratyphus B infizierten Kaninchen fühlten sich 2—3 Tage lang wohl, bekamen dann heftige Durchfälle und starben am 5. Tage. Bei der Sektion fand sich ein schwappend gefüllter Darm mit injizierter Serosa, starke Mesenterialdrüsenschwellung, Pseudotuberkel der Leber, eitrige Cholezystitis, einmal mit Steinen. Bakteriologisch ließen sich Paratyphus B-Bazillen in fast allen Organen nachweisen. W. u. E. stellen dieses Krankheitsbild nicht in Parallele mit der gastro-intestinalen Form des menschlichen Paratyphus B, sondern sehen wegen der langen Inkubation und des Gallenblasenempyems die Erklärung in der Annahme, daß eine zunächst rein lokale Cholezystitis paratyphosa zu einer septischen Allgemeininfektion geführt hat.

Sehr wechselnd war das Ergebnis, das sie durch Infektion von 9 Meerschweinchen mit Paratyphus B erhielten: 2 davon starben schon am 1. Tag, 3 weitere am 6., 10. und 17., nachdem sie sich erst wohlgefühlt, dann aber Durchfälle bekommen hatten; die letzten 3 endlich waren äußerlich gesund, schieden jedoch, das eine fast täglich, Bazillen mit dem Stuhl aus. Die spontan eingegangenen Tiere zeigten bei der Obduktion eitrige, schrumpfende Cholezystitis, reichlich Pseudotuberkel in der Leber, Schwellung der Mesenterialdrüsen und Milzfollikel und Injektion der Darmschleimhaut. Ein Tier fiel völlig aus dem Rahmen heraus, indem es eine hämorrhagische Polyserositis als Todesursache zeigte. Eine Mischinfektion, an die in erster Linie gedacht wurde, ließ sich bakteriologisch nicht nachweisen. Überraschend war der Befund bei den 3 spontan getöteten Dauerausscheidern: sie zeigten zwar starke Schwellung der Milzfollikel und Mesenterialdrüsen, sowie Pseudotuberkel der Leber, die Gallenblase war jedoch nicht vereitert, sondern nur leicht geschrumpft und verdickt. Vor allem aber gelang der bakteriologische Nachweis der Paratyphus B-Bazillen in sämtlichen untersuchten Organen kein einziges Mal.

Zu betonen ist noch, daß die Paratyphus B-Infektion stets mit solchen Stämmen erfolgte, die aus menschlichen typhusähnlichen Krankheitsfällen, meist aus dem Blut, gezüchtet waren. Sie zeigten auch die 3 Artcharaktere, die von der Kieler Schule als spezifisch für diese Stämme im Gegensatz zu den Fleischvergiftern (Breslau, Kaensche) angesehen werden, nämlich Schleimwallbildung der Kolonien, Knopfbildung auf Raffinoseagar und mangelnde Mäusepathogenität im Fütterungsversuch. Wehrsig (Aachen).

31. **Über Influenzaerkrankungen der Lunge und ihre Beziehungen zur Bronchiolitis obliterans**; von Hübschmann. (Zieglers Beitr. Bd. 63. S. 202. 1916.)

H. beschreibt, besonders ausführlich histologisch, 4 Fälle miliarer Bronchopneumonie, von denen der erste ganz frisch war, der zweite beginnende Karnifikation der pneumonischen Herde zeigte, während diese beim dritten schon beträchtlich fortgeschritten war und das deutliche Bild der Bronchiolitis obliterans gesetzt hatte. Der vierte endlich zeigte das abgelaufene Bild einer indurierenden Miliarpneumonie, ohne daß es zu entsprechenden Veränderungen der Bronchiolen gekommen wäre. In den 3 ersten Fällen wurden kulturell und mikroskopisch Influenzabazillen als Erreger festgestellt; im 4. Falle, der zeitlich der älteste ist, fanden sich mikroskopisch keine Bakterien mehr, und die Kultur war verabsäumt worden.

Diese Beobachtungen geben H. Veranlassung, auf 2 Fragen näher einzugehen, ob nämlich der Influenzabazillus spezifische Lungenveränderungen setzt und ob diese pathogenetische Beziehungen zur Bronchiolitis obliterans besitzen. Als charakteristisch für Influenza sieht er neben einem diffusen eitrigen Bronchialkatarrh besonders schwere Veränderungen der respiratorischen Bronchiolen und Alveolargänge an, die natürlich auch zu miliaren Pneumonien oder auch Kollapsatelektasen der betreffenden Alveolen führen. Der Prozeß an den Bronchiolen beschränkt sich nicht auf den oberflächlichen Katarrh, sondern führt zu einer Aufsplitterung und diffusen Druchsetzung der Muskularis mit Monozyten, besonders Plasmazellen. Auffallend ist, daß, im Gegensatz zu dem eitrigen Inhalt der Bronchien, das Exsudat in den Alveolargängen eine grobmaschige, wohl dem Fibrin nahestehende Gerinnungsmasse darstellt. In den Alveolen findet sich häufig starke Epitheldesquamation, während die Zylinderzellen der Bronchien oft auffallend gut erhalten sind. Da das Exsudat der Alveolen und Bronchiolen zur Verfettung neigt, resultieren makroskopisch graugelbe, kleeblattähnliche, entfernt an miliare käsige Bronchopneumonien erinnernde Herde, die er zum mindesten bei älteren Kindern und Erwachsenen als charakteristisch für Influenza ansieht. Aus der starken Beteiligung der Bronchiolenmuskulatur leitet er die Annahme ab, daß es deshalb häufig nicht zur Expek-

toration des alveolären Exsudats kommen kann und dieses darum der Organisation anheimfällt. Daraus ergeben sich dann die Beziehungen zur Bronchiolitis obliterans. Stets geht nach seinen Beobachtungen die Organisation in diesen Fällen von der Alveolenwand, häufig von deren verdickter ringförmiger Abgangsstelle aus, niemals jedoch von der Bronchiolen- oder Bronchuswand selbst, vielmehr wuchert das Granulationsgewebe erst sekundär ins Bronchiallumen ein. Deshalb finden sich auch Fälle wie sein 4., wo eine miliare indurierende Pneumonie ohne Beteiligung der Bronchiolen besteht.

Was die Ätiologie der Bronchiolitis obliterans anlangt, so nimmt er für mindestens sehr viele Fälle Beziehungen zur Influenza an; ob solche in allen Fällen vorhanden sind, läßt sich nicht sagen. Die Möglichkeit zum mindesten einer Sekundärinfektion mit dem Pfeifferschen Bazillus hält er in sämtlichen bisher beschriebenen Fällen nicht für ausgeschlossen.

Wehrsig (Aachen).

32. Primäre Schilddrüsentuberkulose und allgemeine Miliartuberkulose; von Schönberg. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 27. S. 464. 1916.)

Die Obduktion einer 40jährigen Frau ergibt 3 bis 4 Wochen alte Miliartuberkulose und tuberkulöse Meningitis. Als Ausgangspunkt der Allgemeininfektion kommt nur ein 6—7 mm messender graugelber älterer Käseherd im linken Schilddrüsenlappen in Betracht, da die mikroskopische Untersuchung Einbruch der Käsemassen in ein venöses Gefäß erkennen lassen und von älteren tuberkulösen Prozessen sonst nur noch kleine Kalkherde in den Hilusdrüsen der Lunge nachweisbar sind. Wehrsig (Aachen).

33. Beurteilung von Umgebungsuntersuchungen und Meningokokkenträgern bei Bekämpfung der übertragbaren Genickstarre; von Fromme und Hancken. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 82. S. 243. 1916.)

Fr. u. H. stehen auf dem Standpunkt, daß die Bekämpfung der Genickstarre nach denselben strengen Methoden der Seuchenprophylaxe zu erfolgen habe wie z. B. die des Typhus; also genaue Umgebungsuntersuchungen auf Keimträger, Absonderung, Desinfektion usw. Sie berichten über 7 Gruppen von Meningitisfällen, die sie nach diesen Grundsätzen im Felde bekämpft haben. Kokkenträger fanden sich dabei in der näheren Umgebung der Erkrankten bei 13,4% und in der weiteren Umgebung bei 5,9% der Untersuchten; und zwar bezeichnen sie als nähere Umgebung alle mit dem Kranken während Inkubation oder Krankheit direkt in Berührung gekommenen, als weiter wieder solche, die mit der „näheren Umgebung" zusammengetroffen sind. Schon diese deutliche Parallele zwischen der Nachweishäufigkeit und der Berührungsintensität spricht dafür, daß die Meningokokken von dem Erkrankten selbst ausgestreut werden und nicht ubiquitär sind.

In guter Übereinstimmung damit steht das völlig negative Ergebnis bei 115 zufällig Untersuchten, die mit keinem Genickstarrefall in Berührung gekommen waren.

Unter den Umgebungsuntersuchungen sind 2 Beobachtungen von großem Interesse: 1. erkrankte in einem Unterstand, der in regelmäßigem Wechsel von 2 verschiedenen Belegschaften bezogen wurde, ein Mann der einen Belegschaft, und der Mann der anderen, der einzig dasselbe Lager mit ihm benutzte, wurde als Kokkenträger ermittelt. Daraus ergibt sich also die Möglichkeit der Übertragung durch Gebrauchsgegenstände und die Notwendigkeit einer ausreichenden Desinfektion; 2. erkrankte einer der als Kokkenträger Ermittelten noch nachträglich an typischer Meningitis, woraus die Wichtigkeit der Umgebungsuntersuchungen hervorgeht.

Bei den Kokkenträgern waren die Keime in 57% nur einmal nachweisbar; 1/4 der Fälle ergab nach 3maliger negativer Nachuntersuchung bei der 4. wieder ein positives Resultat; nach 4maliger negativer Untersuchung waren immerhin 17% ein 5. Mal noch positiv. Einmal ließen sich Kokken erst wieder bei bei der 7. (!) Untersuchung feststellen. Fr. u. H. empfehlen deshalb vor der Entlassung eine mindestens 4malige negative Nachuntersuchung in 3tägigem Intervall. Wehrsig (Aachen).

34. Hirnhypertrophie und Konstitution; von Miloslavich. (Zieglers Beitr. Bd. 62. S. 378. 1916.)

M. hat sein Obduktionsmaterial auf Beziehungen des Hirngewichtes zum Status lymphaticus und zu Veränderungen der endokrinen Drüsen hin geprüft: er kommt zu dem Ergebnis, daß Status lymphaticus fast stets mit Hirnhypertrophie verknüpft ist und daß sich auch meistens Veränderungen der endokrinen Drüsen im Sinne einer Hypoplasie der Nebennierenrinde, der Schilddrüse, meist auch der Genitalien, sowie einer Persistenz des Thymus nachweisen lassen. Der Status lymphaticus scheint ihm deshalb eine angeborene Konstitutionsanomalie zu sein.

Wehrsig (Aachen).

35. Ein Beitrag zu den Anomalien der Pulmonalvenen; von A. Ghon. (Zieglers Beitr. Bd. 62. S. 175. 1916.)

Beschreibung einer Mißbildung an den Pulmonalvenen bei einem 15tägigen Säugling. Die Pulmonalvenen verbanden sich zu einem gemeinsamen Stamm, der ohne Verbindung mit dem Herzen in dem Ductus venosus Arantii und mit diesem in den linken Pfortaderast mündete. Von den verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten für die formale Genese der Mißbildung scheint Gh. diejenige am wahrscheinlichsten, die sich auf die Beobachtung des embryonalen Bestehens einer Verbindung zwischen Pulmonalvene und Pfortader bei niederen Wirbeltieren stützt. Je nachdem sich dann eine solche Verbindung auch beim menschlichen Embryo nachweisen ließe oder nicht, würde es sich um Persistenz einer Fötalanalyse oder um atavistischen Rückschlag handeln. Als teratogenetische Terminationsperiode wird die 2. Hälfte des 1. Embryonalmonats angenommen. Wehrsig (Aachen).

36. Beschleunigte Schizogonie bei Malaria tertiana und dadurch bedingte Umwandlung des Tertianfieber-Typus in einen quotidianen; von W. Brünn. (Zentralbl. f. Bakt. Bd. 79. S. 84. 1917.)

B. beobachtete einen Fall von beschleunigter Schizogonie, und zwar der reinen Schizonten, nicht der Gameten, und sieht als Ursache derselben den durch die Chininmedikation gesetzten Reiz auf die Parasiten an. Er glaubt, die Beschleunigung bezwecke Schutz der Parasiten gegen das Chinin durch beschleunigte Bildung resistenter Formen. Im vorliegenden Falle war allmählich ein Quotidiana-Typus entstanden. Ob ein solcher stets durch beschleunigte Schizogonie bewirkt wird oder ob daneben noch die Theorie der alternierenden Parasitengenerationen zu Recht besteht, will er nicht entscheiden. Wehrsig (Aachen).

V. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

37. **Zur Wertbestimmung der Digitalisdroge;** von A. Heffter. (Berl. klin. Woch 1917. Nr. 28. S. 669.)

Im Gegensatz zu dem meist geübten kurzfristigen Verfahren bei der Bestimmung der Digitaliswirksamkeit am Froschherzen zieht H. die Methode der geringsten absolut tödlichen Dosis vor. Es wurden Serien von Grasfröschen verwendet, von denen höchstens $^1/_3$ am Leben bleiben durfte. Die Einspritzung (höchstens 0,5 ccm) erfolgte in den Bauchlymphsack. Die Lösungen enthielten stets 25⁰/₀ Alkohol. Als beste Extraktionsweise erwies sich mehrstündige Extraktion der gepulverten Blätter im Soxhletschen Apparat mittels absolutem Alkohol. Dieses Verfahren hat auch den Vorteil, daß weniger anorganische Bestandteile in den Auszug übergehen. Sie liefert von allen untersuchten Methoden die höchsten Werte. Am stärksten wirksam zeigten sich Folia digitalis titrata von *Caesar & Loretz* (Halle), frische sowohl wie 3 Jahre alte: 1 g entsprach 2000 F. D. (Froschdosis = kleinste absolut tödliche Gabe pro Gramm Frosch).

Bachem (Bonn).

38. **Zur Digitalisfrage;** von Pick und Wasicky. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 290.)

Es wird eine obligatorische Prüfung der Digitalisdroge in staatlichen Anstalten angeregt. Auch wird eine einheitliche Prüfungsmethode als zweckmäßig hingestellt. In den Handel soll nur eine Normaldroge von bestimmter, überall gleichmäßig hergestellter Stärke gebracht werden. Die Stärke dieser Normaldroge soll der eines gut wirksamen Blattes entsprechen, und zwar soll die Dosis letalis minima pro 1 g Froschgewicht etwa 0,0003 g der wirksamen Droge betragen. Die Normaldroge soll durch Mischen verschieden starker Pflanzenteile hergestellt werden. In den Kleinhandel sollen nur geringe Mengen (50—100 g) gelangen, die in Gefäßen abgefüllt sind. Die Gefäß-Signatur muß Prüfungsmarke mit Datum tragen.

Die von P. u. W. geübte Prüfungsmethode, die sich im wesentlichen an das alte Schmiedebergsche Verfahren anlehnt, wird ausführlich mitgeteilt. Die Empfindlichkeit des Froschherzens wurde mittels Cymarin geprüft.

Bachem (Bonn).

39. **Digitalisblatt und pharmazeutische Digitalispräparate in quantitativer Zusammensetzung;** von Straub. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 16. S. 513.)

Überblick über den zur Zeit bekannten Stand der Frage der wirksamen Digitalisglykoside. Von spezifisch wirksamen Bestandteilen der Blätter kommen in Betracht: Gitalin, Digitalein und Digitoxin. Als Titer der einzelnen Aktivglykoside des Digitalisblattes, an reinen Substanzen ermittelt, ist diejenige absolute Glykosidmenge, die bei Injektion in den Bauchlymphsack ohne Rücksicht auf die Vergiftungsdauer einen männlichen Grasfrosch durch tonischen Ventrikelstillstand eben gerade tötet. Weiterhin wird der absolute Gehalt an wirksamen Bestandteilen in den Blättern besprochen sowie die Zusammensetzung des Infuses. Die Werte der 3 Aktivsubstanzen, die wenig untereinander differieren, werden durch F. D. (= Froschdosis) ausgedrückt. Von den neueren galenischen Präparaten werden Digalen, Digipan, Digipuratum, Digitalysatum und Digifolin einer besonderen Kritik unterzogen und St. betont, daß diese alle nicht den natürlichen (direkt aus der Pflanze gewonnenen) Zubereitungen gleichkommen. Die Norm eines gelösten Digitalispräparates ist der Kaltextrakt, er enthält unzersetztes Gitalin und Digitalein, aber kein Digitoxin. Der Kaltextrakt kann verbessert werden, indem man die beiden Aktivglykoside unzersetzt in reine Wasserlösung bringt unter Abscheidung der harzigen und gefärbten Beimengungen (Digalen, Digipan), wobei dahingestellt bleibt, ob dies eine wesentliche Verbesserung ist. Je weniger Gitalin und je mehr Digitoxin, desto größer die Entfernung von der Norm.

Bachem (Bonn).

40. **De physiologische waardebepaling van digitalispraeparaten op een warmbloedig dier;** door G. den Besten en C. de Lind van Wijngaarden. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 6. S. 479.)

Kurze Beschreibung der chemischen und physiologischen Methoden (Focke, Worth-Hale, Hatcher). Besonders mit letzterem Verfahren, bei dem man einer narkotisierten Katze regelmäßig Digitalislösung in der Vena jugularis einströmen läßt und dann feststellt, wann das Herz stillsteht, haben den B. u. de L. sich befaßt und damit Serienuntersuchungen angestellt. Dieselben geben sehr gute Resultate; die Fehler sind nicht größer wie 3—10⁰/₀ (bei der Frosch-Stundenmethode 20—30⁰/₀). Die Technik ist einfach, die Methode ist zu jeder Jahreszeit ausführbar, da Katzen immer zu haben sind. Das Gewicht derselben soll jedoch nicht zu sehr wechseln und ungefähr 2 kg betragen. Bei Tinkturen wurde systolischer, bei Strophantnin diastolischer Herzstillstand beobachtet. Der Alkohol der Tinkturen übt keinen Einfluß auf das Herz und den Blutdruck bei diesen Versuchen aus. — 6 Tabellen. Lamers (Herzogenbusch).

41. **Die Kampferbehandlung funktioneller und nervöser Kreislaufstörungen;** von F. M. Groedel. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 4. S. 129.)

Gr. hat mit der alten, merkwürdigerweise theoretisch keineswegs einwandfrei begründeten Anwendung des Kampfers gebrochen und verwendet dieses alte Herzmittel nicht nur zur Beseitigung akuter Insuffizienzerscheinungen, sondern auch als Analeptikum bei nervösen und funktionellen Herz- und Kreislaufstörungen, wobei die gefäßdilatierende Wirkungskomponente (van den Velden, Winterberg) des Kampfers als therapeutischer Faktor in Frage kommen mag. Behandelt wurden Fälle allgemeiner Neurosen auf besonders vasomotorischem Gebiet mit Myasthenia cordis usw. Der Kampfer wurde in Form von Pillen mit Chin. mur. ana 0,1 3mal täglich gegeben oder als Injektionen $^1/_2$—1 ccm 2mal täglich der 20proz. Kampferöls. Die Erfolge waren so günstig, daß sie einem Herztherapeuten wie Gr. selbst der Veröffentlichung wert schienen. Geppert (Hamburg).

42. **Über die spezifische Desinfektionswirkung der Chinaalkaloide;** von Morgenroth und Tugendreich. (Biochem. Zeitschr. Bd. 79. S. 257. 1917.)

Staphylokokken gegenüber wirkt Optochin nicht stärker als Chinin; dagegen wirkt die Isopropylverbindung doppelt so stark wie die beiden genannten, die Isobutylverbindung sogar 8mal stärker. Bei der Isoamylverbindung wächst die Wirkung auf das 10- bis 12fache, desgleichen bei der Hexylverbindung; das Maximum wird bei der Heptylverbindung erreicht

(40mal stärkere Wirkung als beim Chinin); bei der Oktyl-, Dezyl- usw. Verbindung findet wieder ein Absinken der Wirkung statt. (Weitere Einzelheiten sind im Original, besonders in den Tabellen, nachzulesen.)

Bachem (Bonn).

43. **De l'élimination de la quinine par les urines;** par Jeanselme et Dalimier. (Presse méd. 1916. Nr. 43. S. 441.)

Aus den Wahrnehmungen J.s u. D.s geht hervor, daß nach intravenöser Verabreichung des Chinins dasselbe unmittelbar im Urin erscheint, welche Erscheinung seinen Höhepunkt nach 4—6 Stunden erreicht und nach 24—30 Stunden aufgehört hat. Nach intramuskulärer Verabreichung erscheint es nach 15 bis 25 Minuten, erreicht seinen höchsten Grad nach 3 bis 8 Stunden und hat nach 48—60 Stunden aufgehört. Nach Verabreichung per os sind die betreffenden Zeiten 25 Minuten, 5—6 Stunden und 28—31 Stunden. Es macht bei der intramuskulären Verabreichung nur geringen Unterschied, ob man das Chinin in wässeriger Lösung oder suspendiert in Öl gibt. Die Ausscheidung wird jedoch verringert, wenn sich an der Injektionsstelle Entzündungsherde entwickeln, denen man zuvorkommen kann, wenn man langsam, tief in die Muskeln eine nicht zu konzentrierte Lösung einspritzt. Um den Organismus während einiger Zeit unter der Einwirkung des Chinins zu halten, bedarf es infolgedessen einer 2täglichen Wiederholung der intramuskulären, einer täglichen Wiederholung der intravenösen und internen (per os) Verabreichung.

Lamers (Herzogenbusch).

44. **Schwere Morphium- und Veronalvergiftung;** von H. Gödde. (D. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 204.)

Eine Krankenpflegerin nahm sich den Umstand, daß sie eine ihr zusagende Stellung nicht behalten konnte, derart zu Herzen, daß sie einen Suizidversuch machte, indem sie 30 ccm einer 3proz. Morphiumlösung = 0,9 Morph. muriat. sich subkutan einspritzte und außerdem 5,0 Veronal in Wasser gelöst zu sich nahm. Aus dem schweren Vergiftungszustand, der erst am nächsten Morgen, als sie nicht zu erwecken war, entdeckt wurde, rettete sie die Anwendung von wiederholten Atropininjektionen — im ganzen 0,025 Atr. sulf. —, die die Atmung erheblich verbesserten. Die interessante Schilderung sei zur Kenntnisnahme empfohlen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

45. **Atropin statt Morphin bei Bauchschüssen;** von H. Moser. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 3. S. 147.)

Auf Grund einiger beobachteten Bauchschußverletzungen kommt M. zu dem Ergebnis, daß Morphium bei ausgebluteten oder im Schock befindlichen Verwundeten zu höchstens 0,01 gegeben werden darf (mit 0,1 Koffein zusammen), bei Bauchschüssen aber durch 1 mg Atropin (eventuell + 0,005 Morphium) subkutan zu ersetzen ist. Das Atropin wird als vorzügliches Mittel gelobt, um den gereizten Magen und Darm ruhig zu stellen. Selbst quälendes Erbrechen konnte durch Atropin allein unterdrückt werden.

Bachem (Bonn).

46. **Beitrag zur Kenntnis der pharmakologischen Wirkung der Vitamine;** von Uhlmann. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. S. 464.)

Die Ergebnisse dieser „vorläufigen Mitteilung" sind etwa folgende: Orypan und andere Vitamine rufen bei verschiedenen Tierspezies intravenös, subkutan und per os eine starke Drüsensekretion hervor. Der Angriffspunkt ist das parasympathische Nervensystem, während das zentrale Nervensytsem von untergeordneter Bedeutung ist. Cholin enthielten die Präparate nicht. Angeregt wurde die Sekretion der Hautdrüsen, der Speicheldrüsen, des Magens, Pankreas, der Galle und des Darmsaftes. Klinische Beobachtungen am Menschen haben dies ebenfalls bestätigt.

Die Vitamine sind ferner als starke Reizmittel für die glatte Muskulatur, bzw. ihre Nerven aufzufassen; die Wirkung ähnelt der nach Pilokarpin, Muskarin und Cholin. Sie wird durch Atropin aufgehoben. Auf das isolierte Herz wirken die Substanzen vagusreizend. Abnahme der Schlagfolge und der Kraft bis zu diastolischem Stillstand. Intravenöse Injektion erzeugt starke Blutdrucksenkung mit typischem Aktionspuls; die Blutdrucksenkung, die längere Zeit anhält, kehrt allmählich zur Norm zurück. Am Gefäßpräparat ergab sich starke Erweiterung der Blutgefäße, die auch am Bauchfenstertier am Anschwellen der Gefäße erkennbar war. Bei therapeutischen Dosen, die aber noch eine starke Drüsenwirkung hervorrufen, ist die Blutdrucksenkung nur gering und bei enteraler und subkutaner Anwendung ist sie fast Null.

Bachem (Bonn).

47. **Die Erfahrungen mit Providoform (Tribromnaphthol) Bechhold;** von J. Voigt. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 3. S. 104.)

Die gemachten Erfahrungen ergaben, daß bei der Hautdesinfektion die 5proz. alkoholische Jodlösung mit Vorteil durch Providoformtinktur ersetzt werden kann, die die Nachteile der Jodtinktur (Braunfärbung) nicht besitzt.

Ebenso, daß die Providoformstreupulver anderen Wundstreupulvern gleichwertig sind. Das Providoformöl ist ein gutes Mittel, die Reinigung und Verheilung tiefer Weichteilwunden zu beschleunigen.

Cordes (Berlin).

48. **Über die Veränderlichkeit der Lösungen von Morphinhydrochlorid durch die Sterilisation in Ampullen;** von Schaefer und Stich. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 676.)

Aus spektroskopischen Versuchen wird geschlossen, daß die praktische Bedeutung einer geringen Gelbfärbung sterilisierter Morphinsalzlösungen überschätzt worden ist. Natürlich darf es nicht unter Einwirkung des alkalischen Glases zu einer Ausscheidung der freien Base kommen. Man versetze daher vor dem Sterilisieren 100 ccm der Lösung mit $^1/_2$—1 ccm $\frac{1}{10}$ nHCl, wodurch eine Zersetzung vermindert wird; dabei ist eine solche geringe Azidität ärztlich unbedenklich. Die bis jetzt gesammelten Erfahrungen betreffs Haltbarkeit lauten günstig. Bachem (Bonn).

49. **Über Luminaldermatitis;** von H. Curschmann. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 4. S. 148.)

Bericht über 3 Fälle, die nach täglichen Dosen von 3 × 0,1 Luminal eine akute Dermatosis bekamen. Sofortiges Schwinden des Ekzems nach Aussetzen des Mittels. Kombination mit Kalzium wirkte prophylaktisch gegen Dermatitis günstig. C. nimmt eine Überempfindlichkeit an, die sich auch in der therapeutischen Wirkung kleinster Dosen (0,05) bereits zeigte.

Geppert (Hamburg).

50. **Über eine einfache Methode zum Nachweis des Kohlenoxyds im Blute und**

in hämoglobinhaltigen Organen; von Liebmann. (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 53. H. 1. S. 85. 1917.)

Mischen des CO-haltigen Blutes mit einer 40- (der käuflichen) oder 20proz. Formaldehydlösung. Während das normale Blut schon nach 2—3 Minuten eine braunschwarze Farbe annimmt, behält das CO-Blut seine blutrote Farbe bei, und zwar bis zur Dauer von 60—100 Stunden. Auch durch andere Blutgifte zerstörtes Blut (Blausäure, Azeton, Benzol) zeigte die Reaktion nicht. Organteile von durch CO getöteten Tieren zeigten gegenüber normalen Organen dieselben Unterschiede. Die Probe habe sich bei Nachweis von CO-Vergiftung beim Menschen bewährt und sich sogar als überlegen der Spektroskopie erwiesen.

Kellner (Chemnitz).

VI. Innere Medizin.

51. **Orthotische Hypotonie und ihre therapeutische Beeinflussung;** von J. Schütz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 646.)

Unter Hinweis auf eine frühere Veröffentlichung (D. med. Woch. 1915. Nr. 47) bestätigt Sch. von neuem, daß in Fällen schwerer Erschöpfung nach Strapazen, sowie in manchen Fällen akuter Erkrankung ein mäßiges Absinken der Blutdruckwerte im Sitzen und ein starkes im Stehen eintritt, und bezeichnete die Erscheinung als „orthotische Hypotonie". Das Symptom besteht nur solange die Kreislaufstörung besteht; es läßt sich als Indikator bei Beurteilung gewisser therapeutischer Einwirkungen auf den Kreislauf benutzen; ein einmaliges lauwarmes Bad mit kalten Übergießungen z. B. vermag neben Besserung der subjektiven Symptome eine erhebliche Verminderung der orthotischen Hypotonie zu bewirken.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

52. **Über den Einfluß der Wildbader Thermalbadekur auf die Änderung des Blutbildes;** von Grunow. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1917. Nr. 6. S. 166; Nr. 7. S. 209.)

Die Untersuchungen ergaben, daß Bäder selbst beim gleichen Individuum, sehr wechselnden und meist nur geringen Einfluß auf den Blutzuckerspiegel haben. Der CO_2-Gehalt und der Salzgehalt der Bäder ist ohne eindeutige Wirkung auf den Blutzuckerspiegel. Bezüglich der Beeinflussung des Blutzuckergehaltes durch die Badetemperatur erklärt G. seine Untersuchungen nicht ausschlaggebend wegen der Verschiebung der Temperaturempfindung und des Wärmehaushaltes durch den gleichzeitigen Salz- und CO_2-Gehalt der Nauheimer Bäder.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

53. **Über den Einfluß natürlicher CO_2-Bäder auf den Blutzuckerspiegel;** von F. M. Groedel u. R. Mez. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1917. Nr. 6. S. 161.)

G. u. M. fanden bei den sorgfältig angestellten Untersuchungen beim gleichen Individuum sehr wechselnden und meist nur geringen Einfluß auf den Blutzuckerspiegel. Kadner (Dresden-Loschwitz).

54. **Die Nachbarwirkung des Eigenserums und deren therapeutische Verwertung;** von R. Müller. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 26. S. 805.)

Auf Grund theoretischer Erwägungen versuchte M. Eigenserum des Menschen als Depot in die Nähe eines entzündlichen Herdes zu bringen, um dessen Resorption zu beschleunigen. Die Injektion wirkte rasch schmerzstillend (Quellungsvorgänge in den sensiblen Nerven) und hatte eine deutlich heilungsbefördernde Wirkung. Manche sehr heftige, akute Entzündungen nicht eitriger Natur — Ischias, Neuritiden — können durch eine Injektion zu auffallender Besserung oder Heilung gebracht werden. Die interessante Arbeit sei zur Kenntnisnahme empfohlen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

55. **Neuropathische Konstitution und Ernährungsstörungen;** von E. Stolle. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 14. S. 325.)

Zusammenfassende Darstellung mit Beispielen unter Betonung der großen Schwierigkeit, die bei der neuropathischen Konstitution der Kinder für die Behandlung der Ernährungsstörungen entstehen.

Cordes (Berlin).

---

56. **Über Wiederbelebung bei Herzstillstand;** von H. Winterstein. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 153.)

Auf Grund von Tierversuchen stellte W. fest, daß es gelingt, Tiere, die durch Erfrierung, Narkose, Erstickung, Kohlenoxydvergiftung, Gehirnerschütterung „getötet" wurden, durch herzwärts gerichtete intraarterielle Infusion von adrenalinhaltiger Ringerlösung die Herztätigkeit wieder in Gang zu bringen und so eine unter Umständen vollkommene Wiederbelebung zu erzielen. Cordes (Berlin).

57. **Über den Einfluß von pathologischen Zuständen der Genitalorgane auf den Kreislauf;** von A. Hoffmann. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. 1917. Febr. S. 3.)

Nach H. ist ein innerer Zusammenhang zwischen funktionellen Herzstörungen mit Störungen der Genitalorgane nicht gesetzmäßig festzustellen. *Ein solcher zwischen Myom und Herzerkrankungen existiere sicher nicht.* Die so gedeuteten Erscheinungen seien vielmehr sekundäre Folgen der Kachexie, bzw. Anämie, also nur Begleiterscheinungen des Myoms.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

58. **Über „akzidentelle" Herzgeräusche;** von N. v. Jagić. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 691.)

v. J. betont, daß nicht nur die Differentialdiagnose zwischen Geräusch bei Klappenfehler oder akzidentellem Geräusch zu berücksichtigen ist, sondern vielmehr *funktionell belanglose Geräusche von solchen zu trennen sind, die zwar keinem endokarditischen Klappenfehler die Entstehung verdanken, aber doch auf eine muskuläre Funktionsstörung des Klappenapparates zurückzuführen sind.* Auch ein früher als akzidentelles bezeichnetes Geräusch könne ein wichtiger Fingerzeig für den Grad der Funktionsfähigkeit des Herzens sein. Ein kurzes, meist rauhes systolisches Geräusch im zweiten Interkostalraum rechts neben dem Sternumansatzpunkte des dritten linken Rippenknorpels war meist bei luetischer Aortitis zu finden; es ist auch bei ruhiger Herzaktion laut zu hören und ist postsystolisch. Bestimmt zu differenzieren von anderen systolischen Geräuschen dieser Gegend ist es jedoch nur durch ge-

naue klinische und radioskopische Untersuchung. — Das systolische Geräusch bei relativer Mitralinsuffizienz erklärt v. J. für ein echtes Rezurgitationsgeräusch, durch mangelhafte Funktion der das Mitralostium umgebenden Muskulatur, bzw. der Papillarmuskeln erzeugt. Es kann bei Überdehnungen des linken Ventrikels nach Überanstrengungen auftreten, auch wenn eine Dilatation nicht nachweisbar ist: Erschlaffungsgeräusch, bedingt durch Erschlaffung des Myokards. Es schwindet nach mehrwöchiger Bettruhe. Auch die Geräusche bei Tachykardie beruhen auf nicht genügend promptem und nicht ganz dichtem Klappenschluß, wenn nicht z. B. abnorme Aortenenge oder andere abnorme Verhältnisse vorliegen. Viele systolische Geräusche bei thyreogenen Störungen sind Tachykardiegeräusche (Dilatationsgeräusche, bedingt durch relative Mitralinsuffizienz). Auch systolische Geräusche bei Cor pendulum gehören hierher, wenn nicht gleichzeitig abnorme Enge der Aorta besteht.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

59. **Ein objektives Zeichen bei Schmerz in der Herzgegend;** von M. Heitler. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 16. S. 494.)

Normalerweise erfolgt auf eine stärkere Reizung der Haut Veränderungen der Pulsqualitäten. Nach einer geringeren oder größeren Zahl größerer Schläge fällt der Puls ab, steigt dann wieder an und kehrt nach kurzer teils kleinere, teils größere Erhebungen zeigenden Übergangsphase zur Norm zurück. Bei Soldaten mit Schmerzen in der Herzgegend zeigte sich diese Reakiton bei Reizung der Haut der Herzgegend verringert. Geppert (Hamburg).

60. **Zur Therapie der tuberkulösen Chylothorax;** von R. Geinitz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 16. S. 495.)

G. nimmt Bezug auf eine frühere Arbeit (D. med. Woch. 1916. Nr. 29. S. 882), in der ein Fall von chronischer Lungentuberkulose geschildert wird, mit spezifischem rechtsseitigem Pleuraexsudat, das bei bestehendem künstlichem Pneumothorax allmählich aus einem tuberkulösen, rein serösen, in ein typisch chylöses, tuberkelbazillenfreies sich umwandelte. G. erklärte damals die Prognose für ernst. Inzwischen hat sich der Zustand des Kranken gebessert. Das Röntgenbild zeigt, daß der Pneumothoraxraum verschwunden ist. Der Chylothorax ist relativ geheilt. Der Kranke ist als beschränkt arbeitsfähig entlassen worden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

61. **Zur Methodik der Pleuraempyembehandlung;** von H. Iselin. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 102. H. 3. S. 587.)

Das Prinzip der geschlossenen Thorakotomie, die an der de Quervainschen Klinik geübt wird, besteht in einem möglichst „geschlossenen Brustschnitt" unter Vermeidung eines zu plötzlichen Druckwechsels, und der Entstehung eines Pneumothorax, sodann in einer sehr exakt durchgeführten Nachbehandlung in Form der von Revilliod und Perthes eingeführten Saugdränage. Bezüglich Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

62. **Zur Therapie der Pleuraempyeme;** von J. Heller. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 102. H. 3. S. 550.)

Zusammenstellung der mittels Rippenresektion behandelten akuten und subakuten Pleuraempyeme. Von 62 Operierten starben 10 bald nach der Operation, bei weiteren 8, die später starben, konnte bei keinem ein direkter Zusammenhang zwischen Empyem und Tod ermittelt werden. 5 der Operierten starben innerhalb der ersten 24 Stunden. 4 stark Geschwächte gingen infolge des operativen Eingriffs selbst zugrunde. Von 6 anderen starben 3 an Lungenembolie, 1 an Bronchialkarzinom, 1 an allgemeiner Sepsis nach Scharlachangina, 1 an Perikarditis.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

63. **Über Entspannungspneumothorax auf Grund symptomatischer Indikation;** von Gwerder. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 27. H. 5. S. 373.)

In Fällen, wo wegen doppelseitiger schwerer Lungentuberkulose ein ausgedehnter Pneumothorax nicht mehr in Frage kommt, kann ein symptomatischer Pneumothorax durch örtlich begrenzte, dosierbare Entspannung günstig die von den Hauptherden ausgehenden Hauptsymptome beeinflussen. Er ist auch in solchen Fällen indiziert und kann, abgesehen von moribunden Fällen mit schwerer Allgemeinintoxikation, das Krankheitsbild völlig verändern. Weitgehende Individualisierung und Auswahl der Herde zur Entspannung bestimmen die anzuwendende Technik.

E. Fränkel (Heidelberg).

64. **Zur Ätiologie der Pneumokokkenpneumonie;** von F. Lenz. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 195.)

Die Pneumonie ist eine Infektionskrankheit, deren Erreger nur bei einem kleinen Bruchteil der damit Infizierten eine Komplikation in der Lunge macht. Der gewöhnlich saprophytisch lebende Streptococcus lanceolatus ist nicht der Erreger der Pneumonie. „Erkältung" und andere Gelegenheitsursachen spielen für das Zustandekommen einer Pneumonie keine wesentliche Rolle. Cordes (Berlin).

65. **Einfluß meteorologischer Faktoren auf das Zustandekommen von Lungenblutungen;** von Unverricht. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 27. H. 5. S. 362.)

Nach den Aufzeichnungen U.s ist den kleinen und rasch aufeinanderfolgenden Luftdruckschwankungen und den Veränderungen im luftelektrischen Zustand der Haupteinfluß auf das Zustandekommen von Blutungen bei Patienten im Hochgebirge zuzuschreiben. Von 102 beobachteten Blutungen ließen sich 89 so erklären. E. Fränkel (Heidelberg).

---

66. **Zur Frage der mechanischen Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phthise;** von C. Hart. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 1. S. 32.)

Bei einem 48jährigen Mann führte ein sackförmiges auf luetischer Basis entstandenes Aneurysma am Arcus aortae zur Kompression der Lungenspitzen, zur Stenosierung der Bronchien und zur Atelektasen- und Halbatelektasenbildung im Gebiete der Spitzen. In beiden Lungenspitzen fanden sich aktive, tuberkulöse Veränderungen jüngeren Datums. Die Kompression wirkte in der Aperturebene am stärksten, so daß der Rippenring passiv beteiligt war. Die Bronchiektasen und tuberkulösen Herde lagen oberhalb.

E. Fränkel (Heidelberg).

67. **Untersuchungen über das tuberkulöse Lymphom, mit besonderer Berücksichtigung der spezifischen Diagnostik und Therapie, sowie der geteilten Tuberkulininjektion;** von W. Müller. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 2. S. 95.)

Von den beobachteten tuberkulösen Symptomen waren 80% im Felde erworben. Man beobachtet dauernd eine Zunahme derartiger Fälle. Das gutartige tuberkulöse Lymphogranulom kann durch Bindegewebsentwicklung in ,partielle Fibrose (Lymphofibrogranulom) oder totale Fibrose (Fibrolymphom) übergehen. Letztere geben keine Tuberkulinherdreaktion mehr, bilden harte Knoten und stellen praktisch eine Heilung dar. Es kann aber auch zur Bildung von eitrig käsigen Lymphomen oder eitrig käsigen Lymphofibrogranulomen kommen. Zwischen dem Typus des Lymphoms und der Intensität der Herdreaktion besteht ein gesetzmäßiger Zusammenhang. Als Therapie empfiehlt sich die Exstirpation des Fibrolymphoms, wenn es nicht multipel, nicht mit der Umgebung entzündlich verwachsen und verschieblich ist. Das Röntgen ist therapeutisch um so mehr zu empfehlen, je mehr es zum Granulom wird. Eine spezifische Tuberkulintherapie ist bei den eitrig käsigen Prozessen zu empfehlen. E. Fränkel (Heidelberg).

68. **Über Tuberkulose und Basedow-Symptome;** von Warnecke. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 2. S. 81.)

Von 1043 Lungenkranken der Volksheilstätte hatten nur 6 eine typische Basedow-Erkrankung und 62 nervöse Symptome aus dem Basedow-Komplex. Keiner von den letzteren hatte Exophthalmus, Augenlidsymptome oder eine typische positive Reaktion nach Adrenalin-Installation. Es scheinen wechselseitige Beziehungen zwischen Tuberkulose und Basedow — vielleicht auch Struma simplex zu bestehen. Doch können nicht alle Basedow-Symptome bei Tuberkulösen als rein thyreotoxischen Ursprungs aufgefaßt werden. Wahrscheinlich handelt es sich um Störungen der inneren Sekretion durch das tuberkulöse Toxin, das auf die Blutgefäßdrüsen oder das Nervensystem direkt schädigend einwirken könnte.

E. Fränkel (Heidelberg).

69. **Neuere Medikamente und Nährmittel zur Behandlung der Tuberkulose.** *Übersichtsbericht über die Jahre 1915 und 1916;* von G. Schroeder. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 1. S. 35.)

Von den spezifischen Mitteln steht das Alttuberkulin an erster Stelle, über dessen Wirkungsweise zahlreiche Arbeiten erschienen.

Ferner erschienen Arbeiten über die Behandlung mit Partialantigenen (nach Much, Deycke) und mit dem Tuberkulin Rosenbach. Eber berichtet über die verschiedenen Methoden der Rinderschutzimpfungen.

Die Chemotherapie verwendet vorwiegend Schwermetalle — Kupfer und Gold — allein oder kombiniert mit Quarzlampenbestrahlung und mit Tuberkulin. Erwähnt sei die Behandlung mit Jodjodoformglyzerin, Seifenkuren und Guajakolpräparaten wie Lytussin. Von symptomatischen Mitteln wurden Menthol und Kalkpräparate verwendet. Auch die Antipyretika haben nur symptomatische Wirkung. Unter den Mitteln zur Blutstillung sei das biologisch interessante „Thrombosin" von Hirschfeld und Klinger genannt.

Zur Sputumdesinfektion wird Phobrol und von Schottelius Sagrotan empfohlen. Für die Ernährung der Tuberkulösen werden etwa 3700 Kalorien am Tage gebraucht. Künstliche Nährpräparate bieten nur notdürftig Ersatz. Lezithin- und Eiweißpräparate oder das vegetabilische Präparat „Prolakta" sind als Beigabe zur Nahrung brauchbar. Alkohol als Genußmittel und Medikament ist nur unter Aufsicht des Arztes zu empfehlen. Vor den Geheimmitteln wie Kavernol, Asudin usw. wird gewarnt.

E. Fränkel (Heidelberg).

70. **Tuberkulin in der Praxis des Arztes;** von v. Hößlin. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 2. S. 109.)

Tuberkulin gehört als prophylaktisches und therapeutisches Mittel in die Hand des praktischen Arztes. Bei genauer Beobachtung der Temperatur und aller anderen Reaktionen und vorsichtig gesteigerten Dosen ist die Tuberkulinkur heilbringend und gefahrlos durchzuführen. Diagnostische Einspritzungen eignen sich nicht für die Praxis. Fieber ist keine Kontraindikation. Viele Tuberkulöse können nur durch Tuberkulin von ihrem Fieber befreit werden.

Auch Kranke des 3. Stadiums nach Turban-Gerhardt können vielen Nutzen vom Tuberkulin haben. Aus sozialen Gründen ist die Tuberkulinkur zur größten Verallgemeinerung zu empfehlen, da nicht alle tuberkulösen Kranken ihre Heilung in den Heilstätten erwarten können.

E. Fränkel (Heidelberg).

71. **Erfolge und Mißerfolge der Stettiner Fürsorgestelle für Lungenkranke bei den Kranken mit offener Tuberkulose;** von Braeuning. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 1. S. 1.)

Vor dem Tod kamen 61% der offenen Tuberkulosen zur Kenntnis der Fürsorgestelle, vor Beginn der Erkrankung an offener Tuberkulose jedoch nur 15%. Die Mitwirkung der Ärzteschaft, die fortlaufende Untersuchung aller Schulkinder durch Schulärzte, und die Meldung aller erkrankten, verdächtigen und gefährdeten Kinder an die Fürsorgestelle sind ebenso wichtig wie die Meldepflicht für die offene Tuberkulose und häufige Sputumuntersuchungen bei allen Kranken mit Auswurf. In 86% der Fälle gelingt es, hygienisch einwandfreie häusliche Verhältnisse zu schaffen, bei den übrigen 14% scheitert es an Widerstand des Publikums. Hier wäre polizeiliche Hilfe und eine amtliche Wohnungsinspektion notwendig. Schwerkranke oder sterbende Tuberkulöse müssen in besonderen Krankenhausabteilungen untergebracht werden, was bei Kindern unter 15 Jahren meist nicht erreichbar ist. Wichtig ist Überwachung der Schlafstellen. In Familien mit Tuberkulose gelingt es meist nur kürzere Zeit, Kinder vor der Infektion zu schützen. Die Überwachung der gefährdeten Kinder ist dauernd notwendig. Durchführbar erwies sich in Stettin die Anstaltsbehandlung in den nötigen Fällen und eine wirksame Unterstützung der Tuberkulösen. Dagegen ließ es sich kaum verhindern, daß 16% der Patienten mit offener Tuberkulose durch Berufsausübung das Publikum, und 26% ihre Mitarbeiter gefährden. E. Fränkel (Heidelberg).

72. **Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbazillen;** von E. Fitschen. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 1.)

Die Kronbergersche Methode bietet für die Untersuchung von Auswurf keine größere Sicherheit als die Ziehl-Neelsensche, richtige Anwendung der letzteren, besonders richtige Erwärmung vorausgesetzt.

E. Fränkel (Heidelberg).

---

73. **Beobachtungen über Stomatitis ulcerosa, Angina Vincenti und Noma;** von Heinemann. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 5. S. 110.)

Mitteilung einer schweren Epidemie von Plaut-Vincentscher Angina im Zentrallazarett von Adrianopel. Sehr virulente Infektionen mit ausgedehnten Ulzerationen und Gewebsnekrosen an den Tonsillen

beginnend, dann übergreifend auf Gaumen, Zunge, Wangen und Lippen. Bei dem häufig schnellen unaufhaltsamen Umsichgreifen des gangränösen Gewebszerfalls der Lippen und Wangen Entwicklung des Noma-Krankheitsbildes mit hochgradigen allgemeinen septischen Erscheinungen. Dabei sehr häufig skorbutische Symptome mit Hautblutungen usw. Bakteriologisch der typische Befund von Spirillen mit fusiformen Stäbchen. Therapie in schweren Fällen machtlos. Exitus in 8—10 Tagen. Angewandt wurden außer den üblichen Mundspülungen Jodtinktur und Neosalvarsan; letzteres lokal und intravenös. Bei der intravenösen Injektion kurze Besserung, dann kurz darauf häufig plötzlicher Herztod. Am empfehlenswertesten hält H. die Anwendung des scharfen Löffels und der Jodtinktur.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

74. **Über Angina Vincenti und Noma;** von Sauerwald. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 5. S. 111.)

Eine Epidemie von Plaut-Vincentscher Angina brach auf einer Station mit Rekurrens- und Dysenteriekranken aus. Bei einigen Fällen zeigte sich im Beginn eine skorbutische Diathese, die aber ätiologisch keine wesentliche Rolle spielte. Beginn der Erkrankung mit einer linsengroßen Rötung am vorderen Gaumenbogen oder der Wangenschleimhaut gegenüber dem letzten Molarzahn. Nach wenigen Stunden Ausbildung einer Ulzeration. Bald darauf Neuaufschießen von Ulzerationen längs der unteren Zahnreihe nach dem Wundwinkel zu, hochgradige Anschwellung der Zunge. Bemerkenswert: fast immer Einseitigkeit der Erkrankung. Keine Beteiligung der Tonsillen. Anschwellung der Lippen und der ganzen Gesichtshälfte. Foudroyant verlaufende Fälle, die in 24—96 Stunden ad exitum kamen. Kein charakteristischer Fieberverlauf. Auf Salvarsan Rückgang des Spirillenbefundes ohne Besserung des Krankheitsbildes, so daß S. den Eindruck gewann, daß die fusiformen Bazillen als ätiologischer Faktor in Frage kommen. Prognose infaust.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

75. **Studies of the stomach in syphilis;** by F. W. White. (Boston med. and surg. Journ. Bd. 174. Nr. 11. S. 11.)

Unter 600 Luesfällen klagten 44 insbesondere über Magenerscheinungen. Charakteristische Symptome fehlen bei Magensyphilis. Das lang hingezogene, wechselvolle Krankheitsbild unterstützt die Diagnose, wobei Störungen vom einfachen Magenkatarrh bis zu schwerem karzinomähnlichen Bilde auftreten. Schmerz ist meistens, Blutung selten vorhanden. Kachexie und Gewichtsverlust erfolgt langsamer als bei Karzinom. Die mittleren Lebensjahre sind am meisten betroffen. Die Prognose ist bei spezifischer Behandlung im allgemeinen gut, insofern als Induration und Gumma verschwindet, wenn auch die Narbe mit anhaltenden Beschwerden bleibt.

von Noorden (Bad Homburg).

76. **Syphilis of the stomach: A clinical and roentgenological study, with a report of 23 cases;** by G. B. Eustermann. (Amer. Journ. of the med. Sc. Bd. 153. Nr. 1. S. 21.)

Durch Brugsch, Hausmann und Mühlmann wurde neuerer Zeit wieder die Aufmerksamkeit auf die seltene Magensyphilis gelenkt. E. bringt 23 Fälle von 7 Jahren bei. Die Schwierigkeit der Diagnose wird zugegeben; sie stützt sich auf Krankenbericht, X-Photo, Blutuntersuchung und Sekretionsanomalien, sowie Versagen von Kuren, welche die reichhaltige Symptomatologie gewöhnlich zu bessern pflegen. Anazidität und Achylie sind hervorragende Indizien.

von Noorden (Bad Homburg).

77. **A new method for determing the intragastric temperature in man, with some observations on its variations after ingestion of hot and cold liquids and during digestion;** by A. Stengel und A. Hopkins. (Amer. Journ. of the med. Sc. Bd. 153. Nr. 538. S. 101.)

Mittels eines sinnreichen, in den Magen eingeführten Thermographen (Fluoroskop) wurden vergleichende Messungen am Fundus und Pylorus bei verschiedener Füllung mit verschiedentlich temperierter Flüssigkeit und Untersuchung vorgenommen. Die Versuche wurden auch auf erkrankte Magen ausgedehnt. Bei Hyperazidität und Hypermotilität erfolgte kein greifbares Resultat. Eine alte Auffassung, daß der Mageninhalt in dauernder Rotation sich befindet, ist hinfällig. Eis, äußerlich appliziert, kühlt den Magenraum und Inhalt nur um 1° C in 45 Minuten ab. Erwärmung der Ingesta durch heiße Wasserwirkung von außen, tritt nicht ein.

von Noorden (Bad Homburg).

78. **Typhusbazillen in Duodenum und Mageninhalt bei Typhusrekonvaleszenten;** von R. Retzlaff. (Med. Klin. 1917. Nr. 7. S. 182.)

Bei einer großen Anzahl Typhusrekonvaleszenten wurde mittels Schlauch der Magen- und Darminhalt auf Typhusbazillen untersucht.

Bei 106 Fällen ergab sich ein positiver Befund in 8 Fällen.

Die gleichzeitige Bazillenausscheidung im Stuhl ging mit obigem Befunde nicht immer Hand in Hand. Bei Typhusrekonvaleszenten besteht in der Mehrheit der Fälle ein Katarrh der Magenschleimhaut mit Daniederliegen oder Fehlen der Salzsäureabsonderung und Herabsetzung der motorischen Funktion.

Cordes (Berlin).

79. **Zur Frage der Stillung von Magenblutung durch Koagulen;** von J. Dubs. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 279.)

D. stellt aus der Literatur 3 Fällen von Magenblutungen, die durch Anwendung des Koagulen per os geheilt wurden, eine eigene Beobachtung gegenüber, bei der das Mittel versagte. Er zweifelt an der Wirkung des Koagulen bei Hämatemesis. Den geradezu absurden (Ref.) Vorschlag Bräutigams, die Koagulenaufschwemmung durch die Bauchdecken in den Magen zu injizieren, weist D. ebenfalls zurück.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

80. **Über die nach Gallensteinoperationen auftretenden Beschwerden nebst Bemerkungen über die Indikationsstellung zur Operation bei Cholelithiasis;** von K. Grube. (Med. Klin. 1917. Nr. 7. S. 178.)

Gr. betont, daß im Anschluß an Gallensteinoperationen häufig so heftige Beschwerden hauptsächlich von seiten des Magendarmkanals auftreten, daß dadurch ein Erfolg der Operation in Frage gestellt erscheint. An 47 von ihm operierten Fällen berichtet nun Gr. über seine Erfahrungen und betont, daß nur nach peinlichster Indikationsstellung etwa in 20% die Operation nicht zu umgehen ist und dann ohne Rücksicht auf etwa auftretende Folgen gemacht werden muß.

Cordes (Berlin).

81. **Zur Kenntnis des fieberhaften Ikterus;** von E. Groß und E. Magnus-Als-

leben. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 3. S. 89.)

Beschreibung der Symptomatologie dieser Erkrankung: Plötzlicher Beginn mit hohem Fieber und starken Muskelschmerzen. Anomalien der Patellarreflexe, meist Abschwächung, im Harne Eiweiß, Zylinder und Leukozyten, starke Blutleukozytosee, Konjunktivitis und geringfügige Angina.

Erst am Ende der ersten Fieberwoche tritt dann der Ikterus hervor, mit dessen Auftreten meistens zugleich die Temperatur sinkt. Keine acholischen Stühle, bisweilen Leber- und Milzschwellung.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

82. **Akute Appendizitis nach Mumps**; von L. Zindel. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 30. S. 668.)

Z. teilt aus der Gulekeschen Poliklinik zwei sichere Fälle von Mumps mit, in deren Verlaufe es zu einem typischen appendizitischen Anfalle, bzw. zur Bildung eines appendizitischen Abszesses kam. In beiden Fällen brachte die Operation Heilung. Im zweiten Falle kam es während des Wundverlaufes zu einem deutlichen Mumpsrezidiv. Wahrscheinlich sind die Fälle in eine gewisse Analogie zu bringen, zu den Fällen von Appendizitis nach Angina. Ob dabei die Infektion der Appendix auf hämatogenem Wege oder direkt vom Darme aus (durch Schlucken des infizierten Speichels) erfolgte, ist nicht zu entscheiden. Da wir die Erreger der Parotitis epidemica nicht kennen, fehlt für die Richtigkeit der Annahme Z.s bei beiden Beobachtungen der absolute Beweis, d. h. der Nachweis gleicher Erreger in der Appendix wie bei der Parotitis.

Wagner (Leipzig).

83. **Anorectal injuries**; by S. G. Gant. (New York med. Journ. Bd. 104. Nr. 25. S. 1177.)

Bei oberen Rektum- und Flexur-Verletzungen ist unbedingt Laparotomie erforderlich, um die Wunde freizulegen. Hilfsmittel zur Diagnose bei tieferen Läsionen sind das Sigmoidoskop und Aufblasen mit Luft, wobei diese in das Abdomen treten kann.

von Noorden (Bad Homburg).

84. **Über die Behandlung des Diabetes insipidus**; von Steinberg. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 4. S. 112.)

Bericht über einen Fall von Diab. insip., der innerhalb von 2 Monaten durch 6 Injektionen von Hypophysin-Höchst so beeinflußt wurde, daß die Diurese zur Norm zurückgeführt wurde und die Begleiterscheinungen zum Teil schwanden.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

85. **Zur Behandlung des Diabetes insipidus**; von G. John. (Med. Klin. 1917. Nr. 13. S. 366.)

J. berichtet über den günstigen Einfluß der Hypophysenpräparate auf Diabetes insipidus. Ein Schluß auf den Anteil der Hypophyse an der Erkrankung kann indes noch nicht gezogen werden.

Cordes (Berlin).

86. **Hypophyse und Diabetes insipidus**; von B. Aschner. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 3. S. 81.)

A. weist auf den Widerspruch hin, der sich daraus ergibt, daß einmal Pituitrin als Diuretikum wirkt, beim Diabetes hingegen die Wasserausscheidung herabsetzen soll. Er erblickt als einzigen Weg diesen Widerspruch zu lösen, die von ihm bereits 1912 experimentell begründete Annahme eines Stoffwechselzentrums am Boden des 3. Ventrikels in der Nähe der Hypophyse. Wie sich aus der Annahme dieses Stoffwechselzentrums die Wirkung des Pituitrins beim Diabetes insipidus ergibt, erklärt A. in seiner kurzen Mitteilung nicht.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

87. **Über Kalksteingicht**; von A. Holländer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 431.)

Auf den geschilderten und durch Abbildungen erläuterten seltenen Fall sei hiermit hingewiesen. H. will zeigen, daß *auch bei jugendlichen Personen solche Kalkhypodermolithen vorkommen als offenbar konstitutionelles Leiden.* Kadner (Dresden-Loschwitz).

88. **Dystrophia adiposo-genitalis mit Myopathie**; von S. von Dziembowski. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 654.)

D. schildert einen ausgesprochenen Fall von Dystrophia adiposo-genitalis: Fettsucht, Störungen der Genitalfunktion, bitemporale Hemianopsie und Veränderungen an der Sella turcica (Röntgendurchleuchtung): außerdem fanden sich erhöhte Zuckertoleranz, Blutdrucksenkung, Lymphozytose, Skelettveränderungen und vorübergehend Symptome von Diabetes insipidus. Als nicht in das Krankheitsbild gehörend fällt auf Schlaffheit der gesamten Muskulatur und des Herzmuskels. — Durch 2mal täglich angewandte Injektionen von 1 Ampulle Hypophysenextrakt — Pituitin und Hypophysin (*Meister Lucius & Brüning*) wurde schon nach 14 Tagen ein guter Erfolg erreicht: Gewichtsabnahme um $4^1/_2$ kg, Zurückgehen der Lymphozytose des Blutes, Steigen des Blutdruckes, Schwinden der erhöhten Zuckertoleranz, Auftreten von Erektionen deutliche subjektive Besserung. Die vorherige Behandlung mit Schilddrüse, Nebenniere, Hoden hatte keinen Erfolg gehabt. D. nimmt danach an, daß *der Hypophyse eine größere Bedeutung im endokrinen System auch in bezug auf das Muskelsystem zuzuschreiben sei.*

Kadner (Dresden-Loschwitz).

89. **Über eigenartige Ödeme**; von C. Maase und H. Zondek. (D. med. Woch. 1917. Nr. 16. S. 484.)

M. u. Z. beobachteten etwa 40 Kranke mit Ödemen der unteren Extremitäten, ohne kardiale Störung oder nephritische Symptome. Harn stets hell, spezifisch leicht. Das Leiden ging unter Zunahme der Harnabsonderung bei gemischter Krankenhauskost und Bettruhe baldigst unter Ausschwemmung der Ödeme zurück. Danach zeigten Extremitäten und Gesicht größte Abmagerung (Muskelatrophie). M. u. Z. betrachten das Leiden als eine *Form der Beri-Beri von gutartigem Charakter*. Therapie: Calcium lacticum 4—6 g pro die. Kadner (Dresden-Loschwitz).

90. **Beiträge zur Ödemfrage**; von V. Knack und J. Neumann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 901.)

K. u. N. beobachteten ein *kurzdauerndes gehäuftes Auftreten von Ödemen bei der Zivilbevölkerung*, welches durch seine epidemieartige Plötzlichkeit und baldiges Verschwinden auffiel. Es *erkrankten mehr Männer als Frauen* und *mehr ältere Jahrgänge*. Die Ödeme waren meist an den Unterschenkeln, seltener an Oberschenkeln lokalisiert. Gesichtsödeme fanden sich etwa in der Hälfte der Fälle. *Daneben* bestand *Bradykardie*. Viele Kranke hatten Urinbeschwerden: *Harndrang*, auch nachts: diese Beschwerden hatten auch viele, die frei von Ödemen blieben. Die serologische Blutuntersuchung ergab in allen schwereren Fällen *Herabsetzung des Brechungsindex des Serums* — *Hydrämie* (Zunahme des Wassergehaltes bis 10%).

Der Verlauf der Krankheit war gutartig. Die Kranken waren aber meist lange schwach und hinfällig; die Rekonvaleszenz verlief meist langsam. *Das Auftreten der Ödeme traf zusammen mit Kartoffelmangel und Ersatz der Kartoffeln durch Steckrüben.* Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß *einseitige Kost* — gleichviel ob Kartoffeln oder Steckrüben — *zu Ödemen führte, wenn eine starke Flüssigkeitsmenge genossen wurde.* Zulage von grünen Gemüsen und Eiern (Vitamine) hinderten das Auftreten der Ödeme *nicht.* — Stoffwechseluntersuchungen zeigten, daß seitens der Darmresorption keine Störung vorlag. Die Untersuchung des Blutes ergab eindeutig erhebliche Verarmung an Lipoiden wie Neutralfetten und Fettsäuren und dadurch bedingte Verschiebung zwischen Lipoid- und Säurephosphor, sowie zwischen Lezithin und Cholesterin. Die Störung könne nur durch ungenügende Fettzufuhr in der Nahrung erklärt werden. Außerdem läßt sich beträchtlicher Eiweißzerfall annehmen: Stoffwechselstörung im Sinne einer Inanition. Das Auftreten der Ödeme ist nach K. u. N. eine Folge einer Schädigung der Kapillaren, wobei vielleicht die Fett- und Lipoidverarmung des Blutserums eine wichtige physikalisch-chemische Rolle spiele. Besserung der allgemeinen Ernährungsverhältnisse, besonders durch erneute Kartoffelzufuhr und Nachlaß der Kälte führten zu Verschwinden der Ödemerkrankungen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

91. **Über das gehäufte Auftreten einer eigenartigen Ödemkrankheit;** von A. Schiff. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 975.)

Sch. hält es für *unberechtigt, die Krankheit einfach als eine Folge quantitativer Unterernährung anzusehen* — Inanitionsödem — hält vielmehr für das ausschlaggebende Moment eine qualitative toxische Ernährungsschädigung, bedingt durch die qualitative Insuffizienz der jetzigen Ernährung, speziell deren Einseitigkeit: Reichtum an Nahrungsstoffen, die in kleinen Mengen unschädlich sind, Mangel an für den Stoffwechselablauf notwendigen Stoffen: Vitamine.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

92. **Über Hyperthyreoidismus und akute Basedowsche Krankheit nach typhöser Schilddrüsenentzündung;** von K. Wolke. (Med. Klin. 1917. Nr. 13. S. 317.)

In 21 Fällen konnte W. beobachten, daß sich an eine akute Infektionskrankheit (Typhus) nicht immer, was bekannterweise häufig ist, einfache Entzündungen der Schilddrüse anschlossen, sondern daß nach solchen auch thyreotoxische Erscheinungen in verschiedener Weise und Stärke bis zu einem der Basedowschen Krankheit gleichen oder verwandten Symptomenkomplex auftreten.

Auf Grund seiner Erfahrungen schließt W. mit dem Hinweis, daß neben der erblichen oder individuell erworbenen Disposition von seiten des Nervensystems doch der Schilddrüse die Hauptrolle bei der Basedowgenese zugeschrieben werden muß.

Cordes (Berlin).

93. **Zur Behandlung der Gicht und anderer chronischer Gelenkentzündungen mit Knorpelextrakt.** 2. Mitteilung: *Die allgemeinätiologische Bedeutung des mangelnden lokalen Gewebsschutzes;* von E. Heilner. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 933.)

H. betont, daß im Gelenk ein besonders eingeborener physiologischer lokaler Schutz gegen die Affinität der Harnsäure gegeben sein muß, den er als lokalen Gewebsschutz bezeichnet. Im normalen Gelenk bestehen Schutzvorrichtungen. Schutzstoffe oder Zellvorgänge, die eine pathologische Ansammlung der Harnsäure verhindern. Dieser lokale Gewebsschutz setzt aus bei den chronischen Gelenkentzündungen, sei es angeboren, sei es erworben. Er muß künstlich und kann unter anderen durch die Knorpelextrakte wieder hergestellt werden.

Cordes (Berlin).

94. **Moderne Nierendiagnostik in der Praxis;** von Schlayer. (Württemb. Korr.-Bl. 1917. Nr. 5. S. 39; Nr. 6. S. 47.)

In einer kurzen inhaltreichen Arbeit empfiehlt Sch., sich bei Nierenkranken immer zuerst darüber zu orientieren, ob der allgemeine Kreislauf beteiligt ist oder nicht. Ist es der Fall, so muß angenommen werden, daß die Nierenschädigung eine sehr intensive Wirkung auf den Allgemeinorganismus ausgeübt hat. Es handelt sich um eine Nierenerkrankung schwererer Art, und zwar ist die Kreislaufsbeteiligung um so ernster zu bewerten, je jünger die Kranken sind. Die Kreislaufbeteiligung tritt in 2 Formen auf: als Herzhypertrophie mit Drucksteigerung, oder als Drucksteigerung allein. Herzhypertrophie weist auf chronische Nephritis, besonders bei Jüngeren; die Nierenerkrankung muß mindestens 4 Wochen bestehen, um sie hervorzurufen. Bei jungen Menschen handelt es sich dann meist um *chronisch parenchymatöse* Nephritis oder um *sekundäre Schrumpfniere,* aus einer solchen hervorgegangen. Anatomisch besteht Entzündung des Gefäßapparates. Bei älteren Menschen kommen noch *genuine Schrumpfniere und arteriosklerotische* in Betracht, die aber von weniger ernsthafter Bedeutung sind, weil sie nicht mit entzündlichen Prozessen im gewöhnlichen Sinne verknüpft sind, langsamer verlaufen, vorwiegend die kleinen *zuführenden* Nierengefäße, erst in zweiter Linie das Parenchym betreffen. Die *genuine Schrumpfniere* kann zu stärkster Herzhypertrophie und hohen Druckwerten führen. Bei der *arteriosklerotischen* pflegen hohe Druckwerte zu bestehen, nicht selten ohne entsprechend starke Hypertrophie. — Drucksteigerung ohne Herzhypertrophie ist häufig bei akuten Nephritiden, wenn die Glomeruli und Nierengefäße entzündlich erkrankt sind. *Drucksteigerung ohne Herzhypertrophie* bei anderen länger bestehenden Nierenkrankheiten darf nicht ohne weiteres als für ernsthafte Nierenkrankheit beweisend angesehen werden. Durch wiederholte Messungen ist festzustellen, ob die Drucksteigerung nicht nur vorübergehend bestand. *Das Fehlen von Herzhypertrophie und Drucksteigerung bei Nierenkranken gestattet nicht, eine ernsthafte Erkrankung der Nierengefäße bzw. Glomeruli auszuschließen.* — *Wenn die Herzhypertrophie sowohl die linke als auch die rechte Kammer betrifft, so handelt es sich fast immer um vorgeschrittene sekundäre oder genuine Schrumpfniere;* das Auftreten nephrogenen Asthmas steht in Aussicht. — Die Untersuchung des *Harnsediments* (besonders Erythrozyten, weniger bedeutungsvoll Zylinder) kann entscheiden, ob überhaupt Nephritis besteht. Die bakteriologische Untersuchung desselben, namentlich bei Fieber, kann Nephritis als lokalisiertes Symptom von Typhus, Sepsis usw. enthüllen. Aus dem Sediment läßt sich eventuell auf Beteiligung des Pyelon schließen (Leukozytenmassen). — Die Albuminurie gibt über die Schwere der Nierenschädigung keine sichere Auskunft. — Von größter Wichtigkeit ist die *Prüfung der Leistung der Niere.* Die erste Veränderung, welche die Tätigkeit einer kranken Niere zeigt, ist eine qualitative Veränderung der Ausscheidungsweise: sie verliert die Fähigkeit, sich der Zufuhr anzupassen. Sie kann nicht mehr, nach den Bedürfnissen des Stoffwechsels, dicken oder dünnen Urin liefern, das spezifische Gewicht des Harnes stellt sich

mehr auf ein mittleres Maß ein: die Schwankungsbreite wird um so geringer, je schwerer die Niere erkrankt ist. — Starre Konzentrationsfixation und dabei niedrige Konzentration zeigen schwere Erkrankungen. Genügende Elimination der festen Substanzen hängt lediglich von der Menge des gleichzeitig abgesonderten Harnwassers ab. Leidet die Absonderung des Harnwassers, so erfolgt Retention in Blut und Geweben: Niereninsuffizienz. — Bei doppelseitiger Nierenerkrankung läßt sich die Fähigkeit der Nieren zu Verdünnung und Konzentration prüfen mit Hilfe einer Wasserzulage, die auf einmal getrunken werden muß. Darauf läßt man eine Durstperiode folgen (v. Koranyi und Kövesi); oder durch eine gewisse Belastung mit festen Substanzen und Wasser, unter den ersteren auch diuretisch wirkende. Sch. benutzte letztere Methode und gibt davon interessante Kurven. Die Untersuchung läßt erkennen, ob überhaupt Nephritis vorliegt und von welcher Schwere sie ist: außerdem gestattet sie die Differenzierung der Schrumpfniere.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

95. Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Syphilis; von G. Stümpke. (Med. Klin. 1917. Nr. 2. S. 38.)

Bei 46 Fällen von Syphilis war das Symptom der orthotischen Albuminurie in 6 Fällen nachweisbar. St. hält es für zweifelhaft, daß die gefundenen hohen Zahlen für Syphilis, die andere Autoren fanden, richtig seien und betont, daß die orthotische Albuminurie auch bei anderen Infektionskrankheiten, auch bei akut auftretenden zu finden ist.

Cordes (Berlin).

96. Die Ursachen der Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie, insbesondere beim Morbus Brightii; von T. Fahr. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 227; Nr. 9. S. 264.)

F. faßt das Ergebnis seiner sehr lesenswerten Auseinandersetzungen folgendermaßen zusammen: Bei der Blutdrucksteigerung ist es wichtig, zwischen vorübergehender und konstanter Blutdrucksteigerung zu unterscheiden. Die Herzhypertrophie braucht nicht das Produkt einer konstanten, sie kann auch das Produkt einer häufiger sich wiederholenden, vorübergehenden Blutdrucksteigerung sein. Der wichtigste, wenn auch vielleicht nicht der einzige Anreiz zur *konstanten* Blutdrucksteigerung geht von der Niere aus. Wir müssen in dieser Drucksteigerung in der Hauptsache einen kompensatorischen Vorgang sehen: entweder handelt es sich dabei um das Bestreben, bei entsprechender Verkleinerung des sezernierenden Parenchyms den Nierenrest besonders stark zu durchspülen, oder es soll in anderen Fällen die Erschwerung des Kreislaufes in der Strombahn der Niere überwunden werden, um die lebensnotwendige Durchblutung der Niere in entsprechender Weise in Gang zu halten. Zu dieser kompensatorischen Drucksteigerung können sich andere, zur Drucksteigerung führende Ursachen summieren, z. B. die direkt pressorisch wirkende Retention harnfähiger Substanzen, andererseits ist ein Daniederliegen der Funktion des Organismus, eine mangelnde Anspruchsfähigkeit des Körpers imstande, die Blutdrucksteigerung im Sinne einer Abnahme zu beeinflussen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

97. Die Bekämpfung der nephritischen Polyurie unter der Einwirkung unseres Sommers zur Erholung der Niere; von F. Hirschfeld. (Med. Klin. 1917. Nr. 2. S. 32.)

Versuche an 2 Nephritikern, um die Art und Weise der Wärmewirkung auf solche Kranke näher zu studieren. Die Patienten brachten in der anhaltenden Hitze des Sommers 1915 täglich 6—8 Stunden in der Sonne, zunächst ruhend, dann mit leichter Gartenarbeit beschäftigt zu.

Die Urinmenge der Kranken ging besonders unter Steigerung der Schweißsekretion wesentlich zurück. Albuminurie ging zurück sowie die funktionelle Leistung der Wasserausscheidung wurde durch diese Entlastungstherapie wieder hergestellt. Auch Besserung im Allgemeinbefinden trat ein. In beiden Fällen wurde die Wärmetherapie durch geeignete Kost unterstützt.

Cordes (Berlin).

98. Über das Auftreten von Blut im Urin nach Einspritzen von Wundstarrkrampfserum; von Seubert. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 232.)

S. beobachtete bei einem Soldaten nach Einspritzung mit Tetanusheilserum das Auftreten von Blut im Urin und teilt den Fall mit zur Klärung unklarer Krankheitsfälle mit Blut im Urin nach Kriegsverletzungen.

Cordes (Berlin).

99. Clinical data of nephrolithiasis; by W. F. Braasch. (Surg., Gyn. and Obst. Bd. 24. Nr. 1. S. 8. 1917.)

Eine Ergänzung zu der Mayrschen Arbeit über 484 Nierensteinoperationen. Die Interpretation des Röntgenogramms ohne genaue klinische und zystoskopische Befunde ist stets unsicher. Bei der Lokalisation der Konkremente ist es wichtig, genau zu bestimmen, ob der Stein im Nierenbecken, -Kelche oder in der -Rinde sitzt. Bei ganz kleinen Steinen, die weniger als 1 cm im Durchmesser haben, wird man meist mit der Operation warten können. In 78% der Fälle handelte es sich um Nierenbeckensteine, in 21% um Rindensteine. Bei 285 Operierten handelte es sich um einfache, bei 188 um multiple Steine. Unter den letzteren waren 124 Fälle von Pyonephrose, die die Nephrektomie erforderten. Primäre multiple Steine finden sich häufiger im Nierenbecken und in den Kelchen, als in der Nierenrinde. In 26 Fällen fanden sich Steine in der Niere und gleichzeitig in dem entsprechenden Ureter. Es ist deshalb wichtig, daß auf der Röntgenplatte neben der Niere stets der Ureter in seiner ganzen Ausdehnung aufgenommen wird. In diesen Fällen soll, wenn die betreffende Niere keine weitergehende Zerstörung zeigt, stets zunächst der Ureterstein entfernt werden. Bei 76 Kranken bestanden stark verästelte Steine, die fast ausschließlich im Nierenbecken und in den Kelchen lagen. Hier wurde 40mal die Nephrektomie vorgenommen, 16mal die Pelviolithotomie, 14mal die Nephrolithotomie und 6mal die kombinierte Pelvio-Nephrolithotomie. Bei 143 Kranken war anderen Orts schon eine Laparotomie gemacht worden. Meist handelte es sich um Kranke mit rechtsseitigen Nierensteinen, bei denen die klinische Diagnose fälschlicherweise auf Appendix- oder Gallenblasenerkrankung gestellt worden war. Bei 53 Kranken waren schon vor der Operation Steine abgegangen. Im direkten Anschluß an die Operation starben noch in der Klinik 3 Kranke = 0,6%. Nachforschungen ergaben, daß weitere 32 Kranke später starben. Hierunter befanden sich 8 Fälle mit doppelseitiger Nephrolithiasis, 22 Fälle von Nephrektomie wegen Steinpyonephrose. Von 88 Operierten, die sich später einer nochmaligen Untersuchung unterwarfen, zeigten 13 = 14,7% ein Steinrezidiv.

Wagner (Leipzig).

100. Enuresis nocturna bei einem Erwachsenen mit angeborenem Mangel der

Vorsteherdrüse; von E. Levin. (D. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 274.)

L. sah bei einem 17jährigen, etwas jünger aussehenden Menschen mit knabenhafter Stimme eine Abnormität der Genitalien. Diese sahen aus, wie die eines 3jährigen Kindes. Es besteht ein geringer Grad von Hypospadie. Die Prostata fehlt vollständig. Geschlechtliche Erregungen scheinen bisher nicht vorgekommen zu sein. Seit der Kindheit leidet Patient an nächtlichem Bettnässen. Nach L. gehört der Fall nicht in die Kategorie der Myelodysplasie, da die entsprechenden Symptome fehlten. Es sei anzunehmen, daß der Prostatamangel hier ein dauernder bleiben werde, und daß er bzw. die von ihm abhängige mangelhafte Sphinkterenbildung als Ursache der Enuresis anzusehen ist. Kadner (Dresden-Loschwitz).

101. **Ein Fall von infantiler Polyarthritis chronica mit Hypoplasie der Röhrenknochen und Halswirbel;** von Algyogyi. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. H. 5. 1917.)

A. beschreibt einen Fall von chronischem Gelenkrheumatismus, der in der Kindheit begonnen, durch mehrere Jahre rezidivierte und nach Ausheilen der entzündlichen Erscheinungen bedeutende Veränderungen an vielen Gelenken, besonders an den oberen Extremitäten und der Wirbelsäule hinterlassen hat. Der klinische Befund ergab eine erhebliche Bewegungsbeschränkung in den Gelenken der oberen Extremitäten, Nichtbefallensein der Hüftgelenke, Zurückbleiben des Wachstums in toto, im Sinne einer allgemeinen Hypoplasie. Im Röntgenbild zeigt sich das ganze Skelett hypoplastisch in jeder Beziehung, i. e. in infantilem Zustand mit normalem Epiphysenzonenverschluß, und zwar in ungleichmäßiger Ausbreitung über den Körper. Außerdem wiesen vereinzelte Gelenke schwere Veränderungen auf, die besonders ausgesprochen an den oberen Extremitäten waren: und zwar waren die Karpalknochen und Vorderarmknochenenden auf eine krümelige Masse reduziert, an den Schultergelenken fehlten große Teile des Humeruskopfes; an den Gelenkenden der unteren Extremitäten bestanden ebenfalls Destruktionen und unregelmäßig zackige Konturierungen der Gelenkflächen. Die Halswirbelsäule bot den Befund partieller Hypoplasie, indem die mittleren Wirbelkörper viel zu klein waren. Die ganze Halswirbelsäule, die vollkommen gestreckt gehalten wurde, war knöchern ankylotisch. A. führt die Veränderungen auf primäre Erkrankung der Wirbelgelenke zurück. Als Ursache der sehr heftigen, zeitweise auftretenden Schmerzen, besonders im Bereich der Halswirbelsäule, werden sekundäre Ernährungsstörungen zurückgeführt. Nach Holzknecht braucht zur Erklärung des Zwerchwuchses nicht eine allgemeine Ursache, z. B. Störungen der inneren Sekretion angenommen zu werden, sondern vielmehr an jedem Skeletteil als durch den an seinen Gelenkenden vorhandenen Prozeß lokal verursacht. Der Fall reiht sich 4 bisher in der Literatur beschriebenen an, die, wenn auch an einzelnen Gelenken Veränderungen im Sinne einer Caries sicca bestehen, nicht auf der Basis eines tuberkulösen Prozesses entstanden sind. Kautz (Hamburg).

102. **Über tuberkulösen Rheumatismus. Seine Entstehung und Behandlung;** von D. Rothschild. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 4. S. 158.)

Es ist an sich verdienstvoll von R., auf die nicht ganz selten bei Tuberkulösen auftretenden Arthralgien hingewiesen zu haben; leider läßt aber die Arbeit zu sehr eine Prägnanz vermissen, als daß man aus ihr etwas wirklich Positives entnehmen könnte. Es werden die ätiologischen Momente der Schmerzen bei Tuberkulösen besprochen (Pleuritis, Headsche Zonen usw.) unter besonderer Berücksichtigung der Arthralgien, die nicht selten unter dem Bilde eines Rheumatismus (Poncet) verlaufen. Die unklaren Vorstellungen Poncets, daß es sich in solchen Fällen um „eine besondere Erscheinungsform der Tuberkulose" (entzündliche Tuberkulose) handelt, nimmt R. auf, ohne etwas Sicheres hinzuzufügen. Das erlösende Wort „Anaphylaxie" sucht man vergebens. Die Therapie des „tuberkulösen Rheumatismus" besteht in Tuberkulinbehandlung. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

103. **Über abortive Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus;** von A. Edelmann. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 16. S. 497.)

E. verwendet Salizyl bei gleichzeitiger parenteraler Zufuhr von Proteinkörpern (Milchinjektionen). Die günstige Wirkung wird darauf zurückgeführt, daß infolge der durch die Proteinkörperzufuhr bewirkten Hyperämie der erkrankten Gelenke das Salizyl intensiver angreifen kann. Hierzu kommt, daß durch höhere Kohlensäurespannung (Binz) in dem stärker durchbluteten Gelenk aus dem salizylsauren Natron die stärker wirkende Salizylsäure abgespalten wird. E. knüpft an seine Erfahrungen die Hoffnung, daß man allgemein durch parenterale Proteinkörperzufuhr eine Speicherung pharmakologisch wirksamer Stoffe erzielen könnte. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

104. **Die Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus mit elektrokolloidalen Silberpräparaten;** von C. Moewes. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 8. S. 286.)

M. empfiehlt die Behandlung mit elektrokolloidalen Silberpräparaten — intravenös wirksamer als glutäal — bei dem akuten Gelenkrheumatismus und verwandten Krankheiten (Gonorrhöe, Tuberkulose), *„sofern irgendwelche Gegengründe für eine konsequent durchzuführende Salizyltherapie gegeben sind", bzw. wo Salizyl versagt.* Die elektrokolloidalen Präparate zieht M. dem Kollargol vor, da sich bei ihrer Anwendung unerwünschte Nebenwirkungen mit Sicherheit vermeiden lassen. — Hervorgehoben wird die gute Einwirkung schon der ersten Injektionen auf Allgemeinbefinden und lokale Beschwerden. Kadner (Dresden-Loschwitz).

VII. Psychiatrie.

105. **Psychosen nach Erysipel;** von R. Weichbrodt. (Arch. f. Psych. Bd. 56. H. 3. S. 826.)

W. berichtet über bei 12 Fällen von Erysipel auftretenden Psychosen, die sich nicht nur an Fälle anschlossen, in denen der Kopf von dem Erysipel befallen war, sondern auch an vereinzelte Fälle von Knieoberschenkelerysipel. Die Zeit des Ausbruchs, auch die Dauer der Psychose war verschieden.

Das Verhalten der Kranken war verschieden, bei allen bestand zum Schluß Einsicht und Erinnerung für krankhafte Ideen.

Die Psychosen gingen alle in Heilung über.

Cordes (Berlin).

106. **Die sozialen Gefühle und Triebe bei den Dementen;** von P. Sokolow u. R. Szpakowska-Birnbaum. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1916. Nr. 41. S. 1283.)

22 Fälle von Idiotie, 24 von schwerer Imbezillität und 123 von sekundärer Demenz wurden einer kurzen Intelligenzprüfung unterworfen und einer Feststellung ihrer sozialen Eigenschaften, die sich in der Anstalt ergaben (Reinlichkeit, Anhänglichkeit, Mitleid, Arbeit, Spiel, Gewalttätigkeit, Zerstörungstrieb, Aneignungstrieb, ästhetische Gefühle, allgemeines Verhalten). Es ergab sich, daß soziale Regungen und Triebe auch auf der niedersten Stufe des intellektuellen Lebens zu finden sind. Bei den Idioten besteht ein proportionales Verhältnis zwischen der Schwere der Demenz und der Höhe der sozialen Gefühle. Bei den Imbezillen ist kein solcher Parallelismus nachzuweisen, sowohl die Zahl der sozialen, wie der antisozialen Imbezillen steigt mit der Höhe ihrer geistigen Entwicklung.

Jolly (Halle).

107. **On the interpretation of symptoms in the infective exhaustive psychoses**; by S. Brown. (Journ. of nerv. and ment. Dis. 1916. Nr. 6. S. 518.)

Bei den Infektions- und Erschöpfungspsychosen unterscheidet B. 3 Gruppen von Elementen: Organische Symptome wie Delirien mit Bewußtseinstrübung, Störungen des Gedächtnisses und der Auffassung, Halluzinationen, paraphasische Störungen, Temperaturerhöhungen, Pulsbeschleunigung usw., zuweilen polyneuritische Erscheinungen; affektive Elemente wie mehr oder weniger ausgesprochene depressive oder manieartige Züge oder wechselnde Stimmung; psychogene Elemente, wie Wahnideen und Sonderbarkeiten des Benehmens. Der organische Symptomenkomplex stelle die Verbindung her zu den meist getrennt gruppierten alkoholischen und anderen Vergiftungspsychosen. Den organischen Reaktionstypus beobachte man auch in den mit organischen Hirnveränderungen verbundenen Psychosen, wodurch verständlich werde, daß z. B. ein deliranter Zustand bei seniler Demenz einer postfebrilen Psychose ähnlich sehe. Jolly (Halle).

108. **Über paranoische Geistesstörungen**; von E. E. Moravcsik. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 72. H. 4. S. 279. 1916.)

Jene Psychosen, bei denen das vorherrschende Symptom Wahnbildungen sind, teilt M. in 3 Gruppen ein, und zwar unterscheidet er zunächst die Paranoia, die er gegenüber der Auffassung Kraepelins erweitert, indem er auch mit Halluzinationen einhergehende Fälle dazu rechnet, also auch die Paraphrenia systematica Kraepelins. Das Wesen der Paranoia sei in einer primären Veränderung des intellektuellen Kreises zu suchen, der affektive und Gefühlsfaktor sei bloß sekundär. Als zweites nennt M. die paranoide Geistesstörung oder Paraphrenie, die sich von der Paranoia sowohl in der Ätiologie als auch durch die eigenartige Entwicklung der Krankheitserscheinungen, durch ihre Natur und Ausgang unterscheide (Demenz). Bei der paranoiden Form von Dementia praecox, die in der Art der Entwicklung, der phantastischen und wechselnden Form der Wahnbildungen und bezüglich des dementen Endstadiums in vielem der Paraphrenie ähnele, trete der geistige Verfall, die eigenartige, für die Dementia praecox bezeichnende Form der Demenz viel rascher ein, sei auch besonders durch schizophrene Symptome charakterisiert. Zum Schluß bringt M. die Protokolle einiger Assoziationsversuche bei diesen Störungen. Jolly (Halle).

109. **Gibt es bei Dementia praecox Schädeldeformalitäten und welcher Art**; von F. J. Widmann. (Klinik f. psych. u. nerv. Krankheiten Bd. 9. H. 4. S. 285. 1916.)

Eingehende Untersuchungen bei 39 Fällen, und zwar an behaarten Schädeln. Es fand sich bei Dementia praecox beim einzelnen Individuum eine auffallende Summation von Deformitäten in zumeist ausgeprägtem Grad. Jolly (Halle).

110. **Focal lesions of the cortex of the left angular gyrus in two cases of late catatonia**; by E. E. Southard and M. M. Canavan. (Amer. Journ. of Ins. 1916. Nr. 3. S. 553.)

In beiden Fällen war die Diagnose auf Dementia praecox gestellt worden. Der eine Fall zeigte bei der Sektion eine Zyste und der andere einen Solitärtuberkel im linken Gyrus angularis, deren Alter mit dem Zeitpunkt des Auftretens der Krankheitssymptome übereinstimmen konnte. Das Alter des Patienten war im ersten Falle damals 41 Jahre, im anderen 36 Jahre.

Jolly (Halle).

111. **The treatment of paralysis agitans and arthritis deformans by the continous bath**; by S. Danzer. (Med. Record Aug. 26. 1916. S. 367.)

Das Dauerbad heilt zwar weder die Paralysis agitans oder die Arthritis deformans noch beeinflußt es den pathologischen Prozeß beider Krankheiten im geringsten; es schafft jedoch große Erleichterung der subjektiven und objektiven Symptome, so daß es sowohl dem Salizyl bei der Arthritis als auch dem Hyoszin bei der Paralysis überlegen ist. Am vorteilhaftesten werden täglich Bäder von 2 Stunden Dauer angewendet, gefolgt von leichter allgemeiner Massage und Alkoholabreibungen.

Fischer-Defoy (Dresden).

112. **Die mißbräuchliche Anwendung der Bezeichnung Gehirnerweichung für die als fortschreitende Gehirnlähmung der Irren zu benennende progressive Paralyse der Irren**; von Thiem. (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1916. Nr. 10. S. 309.)

An der Hand eines Falles bespricht Th. die Gründe, welche die Laienbezeichnung Gehirnerweichung für Dementia paralytica als unzweckmäßig erscheinen lassen. Rumpf (Bonn).

113. **Zur Frühdiagnose der Paralysis progressiva**; von A. Piotrowski. (Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 13. S. 332.)

P. teilt 2 interessante Fälle mit, in denen die Untersuchung außer positivem Wassermann im Liquor bei 0,1 ccm des Punktats nichts Wesentliches ergab. Bei beiden wurde die Diagnose auf Paralyse gestellt und konnte bei dem ersteren auch durch weitere Beobachtung bestätigt werden; es hatte sich um einen forensischen Fall gehandelt. Im 2. Falle wurde über Schmerzen im Rücken und über Gefühlsstörungen in den Händen geklagt, die dem Patienten nicht geglaubt worden waren. Jolly (Halle).

114. **Zu den Änderungen im Auftreten und Verlauf der allgemeinen progressiven Paralyse während der letzten Jahrzehnte**; von Dübel. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 72. H. 5 u. 6. S. 375. 1916.)

Eine Zunahme der Paralyse hat sich bei beiden Geschlechtern weder in der Anstalt Tannenhof noch in den Provinzialanstalten der Rheinprovinz während der beiden letzten Jahrzehnte bemerkbar gemacht,

Ein geringes Anwachsen des Prozentanteils der ledigen Männer war festzustellen. Wesentliche Änderungen im Laufe der Jahre bezüglich des Lebensalters, in dem die Krankheit zum Ausbruch kommt, traten nicht ein. Bei den Frauen waren die höheren Lebensalter mehr bevorzugt als bei den Männern. Das durchschnittliche Lebensalter war bei den Frauen 44 Jahre $6^5/_6$ Monate gegenüber 41 Jahre 9 Monate bei den Männern. Die durchschnittliche Dauer der Krankheit betrug bei den Männern 2 Jahre 6 Monate, bei den Frauen 3 Jahre 6,7 Monate. Das neuerliche Überwiegen der dementen Form scheint nicht eine Änderung des klinischen Krankheitsbildes, sondern mehr eine Folge der früheren Überweisung der Kranken an die Anstalt zu sein. Eine geringe Vermehrung der Remissionen im Laufe der Zeit war bei den Männern festzustellen. Die paralytischen Anfälle zeigten eine geringe Zunahmetendenz. Schmidt (Andernach).

115. **Krieg und progressive Paralyse**; von A. Poley. (Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 25. S. 782.)

Wenngleich nach Erfahrung P.s der Krieg trotz der erhöhten Anforderung keine Steigerung der Paralysefrequenz bisher ergeben hat, so zeigt doch die Betrachtung, daß das Intervall zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse bei den Kriegsteilnehmern kürzer ist. Auch muß die begründete Befürchtung gehegt werden, daß in 10—15 Jahren eine gesteigerte Paralysefrequenz auftritt, was uns in diesem Augenblick als vorbeugende Maßnahme doppelt gesteigerte Aufmerksamkeit auf die Geschlechtskrankheiten zur Pflicht macht. Cordes (Berlin).

116. **Psychosen bei Frauen im Zusammenhang mit dem Kriege**; von W. Suckau. (Zeitschr. f. Psych. Bd. 72. S. 328. 1916.)

Mitteilung von 16 Krankengeschichten solcher Frauen, deren Ehemänner sich im Felde befinden, bzw. schon gefallen sind. In einem Teil der Fälle wird der Krieg auf die Entwicklung der Psychose von Einfluß gewesen sein, es läßt sich öfter von einer Kriegsfärbung sprechen. Jolly (Halle).

117. **The intra-cranial injection of salvarsanized serum**; by D. M. Wardner. (Amer. Journ. of Ins. 1916. Nr. 4. S. 643.)

Patient erhält eine intravenöse Injektion von Salvarsan, dann wird ihm Blut entzogen und nach der Methode von Swift und Ellis behandelt. Am nächsten Tage wird in der vorderen Schläfengegend eine Trepanation von etwa 1 qcm vorgenommen und, nachdem durch Lumbalpunktion 30—40 ccm Lumbalflüssigkeit abgelassen sind, eine Nadel durch die Dura gestoßen, worauf man 40—50 ccm des Blutserums einfließen läßt. Nach 2 Wochen wird dasselbe auf der anderen Seite wiederholt, weitere Behandlungen ebenfalls in 2 Wochen Abstand an denselben Stellen. Von 14 Fällen von Paralyse trat bei 5 derartige Besserung ein, daß sie ihren Beruf zunächst wieder aufnehmen konnten. Wassermann-Reaktion im Blut wurde in 6 Fällen negativ, in 4 an Stärke geringer; in der Lumbalflüssigkeit negativ in 2 Fällen, die Zellenzahl fiel unter 10 per ccm bei 12 Kranken, wurde nicht wieder untersucht bei 2. Jolly (Halle).

118. **Über den Alkaligehalt des Blutes bei Geistesgesunden und Geisteskranken**; von R. Zimmermann. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40. S. 335. 1916.)

Es ergab sich, daß die meisten Geisteskranken keine wesentliche Abweichung von der Norm zeigten, der Alkalinitätsgrad schwankt innerhalb der normalen Grenzen. Der Alkaligehalt war bei Dementia praecox etwas höher, bei Epileptikern etwas niedriger als gewöhnlich. (Die Angabe Z.s, daß in 1 Liter Blut nur 3—5 mg Alkali vorhanden sind, ist zu verbessern in 3—5 g. Ref.) Bachem (Bonn).

119. **Die Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse**; von Enge. (Therap. Monatsh. 1916. H. 6. S. 265.)

Ein ausführlicher Überblick über die Arbeiten der Jahre 1910—1914 führt E. zu dem Schluß, daß die Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse den anfänglichen Enthusiasmus nicht gerechtfertigt hat. Eine rationelle Therapie derselben ist durch sie leider noch nicht erzielt. Prophylaktisch wird man einer möglichst frühzeitigen und gründlichen Syphilisbehandlung das Wort reden können. Jolly (Hale).

120. **A study of some cases diagnosed as paresis in pre-Wassermann days**; by Lawson G. Lowrey. (Journ. of nerv. and ment. Dis. 1916. Nr. 4. S. 324.)

Von den zwischen 1898 und 1912, also vor Anwendung der Untersuchungen nach Wassermann in die Anstalt aufgenommenen und als Paralyse mit mehr oder weniger Sicherheit diagnostizierten Fällen, waren 1914 noch 58 in der Anstalt. Durch Wassermann-Untersuchungen des Blutes und teilweise auch des Liquors und Untersuchungen des letzteren nach den übrigen Methoden (Eiweißgehalt usw., Goldsolreaktion) wurde die jetzige Diagnose kontrolliert. Von 13 Fällen, in denen Paralyse nicht ausgeschlossen war, erwies sich einer, von 17 mit wahrscheinlicher Paralyse keiner und von 28 mit sicherer Paralyse 8 tatsächlich als Paralysen. Die Fehldiagnosen stellten sich zum großen Teil als Dementia praecox heraus. Die serologische Untersuchung ist also bei Verdacht auf Paralyse absolut notwendig. Jolly (Halle).

VIII. Chirurgie.

121. **Die paravertebrale Leitungsanästhesie, ein vollwertiger Ersatz der Inhalationsnarkosen**; von P. W. Siegel. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 5. S. 121.)

Der Wert der paravertebralen Leitungsanästhesie wird an Hand von 7 Tabellen veranschaulicht, aus denen sich ergibt, daß die Anästhesie für jede abdominale und vaginale, für jede chirurgische und gynäkologische Laparotomie, für jede geburtshilfliche Operation und für jede Vorstellung in der Vorlesung brauchbar ist. Unter 1370 Fällen ist der Anästhesie kein Todesfall zur Last zu legen, 90,7% konnten ohne jede Inhalationszugabe ausgeführt werden. Die Leitungsanästhesie ist berufen gerade in der Gynäkologie und Geburtshilfe in Zukunft eine große Rolle zu spielen. Tosetti (Bonn).

122. **Anesthesia reviewed**; by J. T. Gwathmey. (New York med. Journ. 28. Okt. 1916. S. 825.)

Als die sicherste Inhalationsnarkose wird die mit Hilfe des Roth-Drägerschen Apparates ausgeführte Chloroformnarkose betrachtet. Der Tod auf dem Operationstisch ist bei ordnungsgemäßer Ausführung so gut wie ausgeschlossen. Auf experimentellem Wege

wurde nachgewiesen, daß die Äthernarkose schneller und unter Ersparnis von Äther eintritt, wenn man vorher Morphium, Paraldehyd und Bromkali gibt. Der Abstand zwischen völliger Anästhesie und Aufhören der Atmung vergrößert sich, wenn die drei genannten Mittel vorher gegeben sind; mithin ist die Sicherheit der Narkose eine größere. Beim Menschen wurden die Experimente insofern praktisch verwertet, als 30 Minuten vor Beginn der Inhalation ein Klystier mit Paraldehyd und Bromkali gegeben wird; der Einfluß auf die Narkose ist sehr bemerkenswert.

Fischer-Defoy (Dresden).

123. **Zur Behandlung der Furunkulose mit Leukogen (Staphylokokkenvakzine)**; von Doctor. (Münchn. med. Wochenschr. 1916. Nr. 50. S. 1755.)

D. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen das Leukogen zur Behandlung hartnäckiger Furunkulosefälle, besonders, da die Einspritzungen leicht ambulant gemacht werden können. Cordes (Berlin).

124. **Therapie der Gasgangrän**; von E. Rychlík. (Časopis lékařův českých. 1916. Nr. 36 u. 37.)

Die prophylaktische Behandlung der Wunden durch das Sanitätspersonal (mit Chlorkalk und Bolus alba) ist vom chirurgischen und bakteriologischen Standpunkt zu verwerfen, zumal da sich seit Einführung derselben die Zahl der Gasphlegmonen nicht vermindert hat. — R. ist nach Erprobung verschiedener Methoden ein Anhänger der Operation nach Schlößmann und Fessler geworden. Er spaltet die Haut zwischen Ein- und Ausschuß bis zur Faszie, orientiert sich über die Ausdehnung des Prozesses, spaltet dann die Faszie und die Muskulatur, stülpt den Lappen um und verlängert die Schnitte bis ins Gesunde. Wo die Lappenbildung unmöglich ist (Schulterblatt, Leistenbeuge) macht er den Kreuzschnitt. In die Wunde kommt die Chlumskysche Flüssigkeit. Die Amputation führt er nur dann aus, wenn die ganze Peripherie der Extremität gangränös oder diese ganz zertrümmert ist. Von 28 schwersten, bis zur Entscheidung ihres Schicksals beobachteten Fällen wurden 14 nach Hagemann inzidiert bzw. operiert; es starben 7 (davon ein Fall an Tetanus); 9 wurden nach Schlößmann bzw. Fessler operiert; es starben 2 (davon ein Fall an Tetanus); 5 Fälle wurden amputiert; es starben 2. Gesamtmortalität: 42,8 oder nach Abzug der beiden Tetanusfälle 39%.

Mühlstein (Prag).

125. **Über Gasphlegmone**; von Duhamel. (D. med. Woch. 1916. Nr. 37. S. 1126.)

D. schildert auf Grund einer großen Zahl von Beobachtungen das klinische Bild der Gasphlegmone bzw. Gasgangrän und kommt zu dem Resultat, daß in ausgeprägten Fällen nur die radikale Operation, möglichst weit im Gesunden, Rettung bringen kann. Bekanntlich neigt jetzt ein großer Teil der Kriegschirurgen zu einer mehr konservativen Behandlung der Gasphlegmone, zumal man seit Anwendung der Bierschen Stauung, kombiniert mit ausgiebigen Inzisionen manche Fälle hat ausheilen sehen. Leider fehlen in der Arbeit genauere bakteriologische Angaben, insbesondere scheint keine scharfe Trennung zwischen Gasphlegmone und malignem Ödem gemacht zu sein, die man nach unseren heutigen Kenntnissen als ätiologisch durchaus verschiedenartige Krankheiten auffassen muß.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

126. **Beiträge zum Problem der willkürlich beweglichen Prothesen.** *I. Die Kraftkurve menschlicher Muskeln und die reziproke Innervation der Antogonisten;* von A. Bethe. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 45. S. 1577.)

Physiologische Studien an zwei ihres linken Armes beraubten Soldaten zum Zwecke Gesetze zu schaffen für den Bau von willkürlich beweglichen Prothesen. Für die eingehenden mit Kurven und Abbildungen versehenen Studien, an die sich Folgerungen für den Bau der Prothesen schließen, muß auf das Studium der Originalarbeit verwiesen werden. Cordes (Berlin).

127. **Gunshot wounds of peripheral nerves**; by B. Stookey. (Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. Nr. 6. S. 639. 1916.)

Die Arbeit enthält nichts wesentlich Neues, zeichnet sich aber durch sehr gute, instruktive Abbildungen aus. Durch die Geschosse mit hoher Explosivkraft und großer Geschwindigkeit sind die Verletzungen der peripheren Nerven bedeutend zahlreicher geworden. Eine sichere Diagnose der Nervendurchtrennung kann häufig erst durch die Operation gestellt werden. Eine primäre Nervennaht ist bei Schußverletzungen wegen der Infektion selten ausführbar. Die Neurolyse ist in vielen Fällen der Exzision und Naht vorzuziehen, ebenso die Nervenüberpflanzung oder Transplantation der Tubulisation oder Naht unter starker Streckung.

Wagner (Leipzig).

128. **Zur Behandlung der Hämangiome**; von K. Stromeyer. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 42. S. 1480.)

St. hält die Injektionsmethode mit Alkohol als das einfachste und sicherste Verfahren, namentlich dann, wenn die Injektionen in das vollkommen ausgepreßte und komprimierte Hämangiom gemacht werden. Der Alkohol kann dabei in die Septen selbst injiziert werden und kann viel energischer auf die Endothelien einwirken. Bei der Kompressions-Injektionsmethode braucht man viel weniger Alkohol und eine bedeutend kürzere Behandlungszeit. Wagner (Leipzig).

129. **Über Wundbehandlung mit Zucker**; von G. Magnus. (Therap. Monatsh. 1916. H. 12. S. 578.)

Die Anwendung des Zuckers zu antiseptischen Zwecken ist schon sehr alt (Verwendung beim Einmachen von Früchten, Einbalsamierung von Leichen mit Honig bei alten Völkern). Für die günstige Wirkung auf die Wundheilung spielen folgende durch den Zucker veranlaßte Prozesse eine Rolle: 1. Das Umschlagen der alkalischen Fäulnis in saure Gärung, 2. das Schädigen oder Abtöten pathogener Keime und 3. die Osmose, die Anregung der Sekretion. Der käufliche Zucker ist meist steril oder enthält nur selten unschuldige Saprophyten-Keime. Desinfizierende Zusätze sind nicht nur unnötig, sondern verhindern womöglich die sehr erwünschte saure Gärung.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

130. **Zur Wundbehandlung mit Pyoktanin und hochwertiger Pyoktaningaze**; von E. Baumann. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 51. S. 1805.)

Die Anilinfarbstoffe sind nach B. „das Therapeutikum" für alle infizierten Wunden. Er benutzte das Methylviolett = Pyoktanin. coerul. Merck. Um die unangenehme Blaufärbung der Hände, Bettwäsche usw. zu vermeiden, empfiehlt sich die Anwendung der Pyoktaningaze (zu beziehen durch *Paul Hartmann*, Heidenheim a. Br.) und bei buchtigen Wunden und Fisteln die Auspinselung oder Einspritzung einer 5proz. Pyoktanintinktur (60% Alkohol enthaltend). Eine

Reihe Krankengeschichten erläutern die gute Wirkung. Die Hauptvorzüge des Pyoktanins sind: seine völlige Ungiftigkeit, sein hohes Diffusionsvermögen, keine Koagulation des Eiweißes, seine alle anderen Antiseptika übertreffende entwicklungshemmende und keimtötende Kraft. Infolgedessen rasche Versiegung der Eiterung, gute und schnelle Granulationsbildung, Entfieberung, Hebung des Allgemeinbefindens, seltener Verbandwechsel, Abkürzung der Heilungsdauer.

Richarz (Bonn).

131. **Shock at the front;** by W. T. Porter. (Boston med. and surg. Journ. Dezember 14. 1916. S. 854.)

Viele Fälle von Schock infolge von niedrigem Blutdruck, wie er infolge schwerer Verwundungen auftritt, können gerettet werden. Sehr wichtig ist die Lage: P. hat einen Operationstisch konstruiert, bei dem die Füße 30 cm höher liegen als der Kopf. Dort bleibt der Kranke, bis der diastolische Druck sich ausgeglichen hat. Ferner muß Hitze angewandt werden; Kochsalzinfusionen sind zu machen, denen, falls der diastolische Druck unter 80 mm beträgt, Adrenalin zuzusetzen ist.

Fischer-Defoy (Dresden).

132. **Mehr Transplantieren!** von Bürmann. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 52. S. 1835.)

B. bringt ein einfaches Transplantationsverfahren in Erinnerung: Vorsichtige Alkoholdesinfektion (2 Minuten) der Entnahmestelle, Abspülen mit physikalischer NaCl-Lösung. Mit einem aseptischen Rasiermesser wird nun über die gut angefeuchtete Haut mit etwas stärkerem Druck als wie beim Rasieren gekratzt. Die hierdurch gewonnenen Epithelstückchen vermischen sich mit der Kochsalzlösung zu einem Brei. Dieser wird auf die guten und frischen Granulationen, die nur mit Kochsalzlösung sauber gespült sind, aufgetragen. Verband mit Borsalbenlappen. Verbandwechsel erst nach 5—6 Tagen.

Richarz (Bonn).

133. **Bäderbehandlung eitriger Wunden;** von E. Hummel. (Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 45. S. 1216.)

Empfehlung der heute wohl allgemein geübten Bäderbehandlung bei schwerem Dekubitus und bei schweren Eiterungen von Extremitätenwunden. Neue Gedanken bringt der kurze Aufsatz nicht.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

134. **Zur operativen Gelenkmobilisation;** von W. Röpke. (D. med. Woch. 1916. Nr. 42. S. 1287.)

Zur Beseitigung knöcherner und fibröser Ankylosen nach Gelenkverletzungen und Eiterungen ist heute die operative Mobilisierung die Methode der Wahl. Wichtig ist, daß der Eingriff nicht zu früh nach dem Abklingen der Entzündungserscheinungen vorgenommen wird, da erfahrungsgemäß Eiterreger in der Tiefe des Gelenks lange virulent bleiben können; besonders ist dies bei Schußverletzungen und Steckschüssen der Gelenke der Fall. Der Eingriff ist *ohne* künstliche Blutleere zu machen, eine Forderung, die heute bei den meisten Extremitätenoperationen mit Recht gemacht wird. (Nervennähte, Pseudarthrosen usw.) Die Operation selbst gestaltet sich so, daß nach sorgfältiger Entfernung alles erkrankten Gewebes den Gelenkenden eine entsprechende konkave bzw. konvexe Form gegeben wird und autoplastisch transplantiertes Fett zwischen die Knochenenden gelagert wird. Gerade das Fett hat sich R. seit einer Reihe von Jahren sehr bewährt. Bei der Ausheilung wird das Fett nicht, wie einige Autoren meinen, wie eine Art Gelenkschmiere verflüssigt, sondern es wird zum Teil nekrotisch, resorbiert und durch Bindegewebe ersetzt. Betonung der Wichtigkeit einer exakten Nachbehandlung.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

135. **Über den Stereoplanigraphen und seine Verwendung zur Lagebestimmung von Geschossen;** von Drüner. (D. med. Woch. 1916. Nr. 48. S. 1483.)

Beschreibung eines Verfahrens zur stereoskopischen Aufnahme von Röntgenbildern, bei dem rechnerisch eine genaue Lagebestimmung von Fremdkörpern möglich ist. Die durch mathematische Zeichnungen erläuterten Einzelheiten des ziemlich komplizierten Verfahrens sind im Original nachzulesen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

136. **Zur Stillung der Blutung bei Sinusverletzungen;** von C. Ritter. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 47. S. 929.)

Da wir sehen, wie vorzüglich ein imprimiertes Knochenstück den Sinus komprimiert und vor jeder Blutung schützt, sollte man sich Knochenstücke verschiedener Größe und Dicke bei gewöhnlichen Trepanationen aufheben, sie eventuell zurechtstutzen und für den Fall einer Sinusblutung aseptisch bereithalten. Es kann ja eigentlich gar keinem Zweifel unterliegen, daß Knochen für diesen Zweck der Gaze, dem gebräuchlichsten Tamponademittel, weit überlegen ist. In einem Falle gelang es R. in Ermangelung von Knochen, durch Einlegen von ausgekochten dünnen Holzstückchen (Schusterspan) zwischen Dura und Knochen ausgezeichnet und geradezu spielend leicht, sofort die Blutung dauernd zu stillen.

Wagner (Leipzig).

137. **Die Osteomyelitis des Unterkiefers und ihre tonsilläre Ätiologie;** von R. Goldmann. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 44. S. 867.)

Für die Osteomyelitis des Unterkiefers kam bisher höchstens die dentale Ätiologie in Betracht. G. teilt 2 Beobachtungen mit, die den tonsillären Zusammenhang beweisen sollen. Therapeutisch dürfte in manchen Fällen durch die Beseitigung des primären Herdes in den Mandeln die Erkrankung im akuten Stadium aufgehalten, sonst aber eine neue Erkrankung des Knochens oder eines anderen Organes, die bei einem einmaligen Einbruch der Infektion in die Blutbahn möglich oder wahrscheinlich ist, verhütet werden können.

Wagner (Leipzig).

138. **Über eine eigenartige Form phlegmonöser Halsentzündung;** von A. Bittorf. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 43. S. 1535.)

Die Erkrankung, von der B. eine Reihe von Fällen im Reservelazarett I Leipzig beobachtet hat, setzte mehr oder weniger akut mit Hals- und besonders Schluckschmerzen, zuweilen auch heftigen Nackenschmerzen, und wechselnd hohem Fieber — öfters Schüttelfrost ein. Die Untersuchung ergab in diesem Stadium mehr oder weniger starke Rötung und Schwellung der Rachenwand, mit oder ohne geringer Beteiligung der Mandeln. Stets fanden sich die Lymphdrüsen entlang dem Vorderrand des Sternomastoideus beiderseits, mitunter einseitig mehr, vom Zungenbein bis fast herunter zum Jugulum geschwollen, sehr schmerzhaft auf Druck. Heiserkeit war meist vorhanden und konnte sich bis zur vollkommenen Aphonie steigern. Unter wechselndem hohen, mehr kontinuierlichen oder remittierendem Fieber erfolgte, anfangs oft unerwartet schnell, eine erhebliche Verschlimmerung unter stärkerer Beteiligung des Allge-

meinzustandes. Schluckschmerzen und Druckschmerzhaftigkeit stiegen. Mundboden und die ganze vordere Halsgegend, die mitunter leicht geschwollen war, wurden sehr schmerzhaft. Und nun erfolgte mehr oder weniger plötzlich unter Stenoseerscheinungen und Dyspnöe der Tod, trotz der meist noch ausgeführten Tracheotomie. In anderen Fällen trat nach etwa 8—12tägiger Fieberdauer langsam Besserung und Erholung auf. Im Rachenabstrich fanden sich wiederholt allein Streptokokken. In den tödlichen Fällen fand sich eine phlegmonöse Eiterung des Kehlkopfeinganges, die sich meist weiter nach unten fortsetzte. Auch im Eiter der Halsphlegmone wurden Streptokokken nachgewiesen. Bei dieser der Angina Ludovici nahestehenden Erkrankung handelt es sich demnach um eine Phlegmone der Halsorgane, speziell des Kehlkopfs, deren Ausgang im Nasenrachenraum, Schlundring oder Zungengrund zu suchen ist.

Wagner (Leipzig).

139. **Ein operierter Fall von Halsrippe;** von S. von Johanßen. (Nord. med. Ark. Bd. 48. Nr. 10. S. 1. 1916.)

Bei der 24jährigen Kranken traten im Alter von 19 Jahren Parästhesien im rechten Arme, Kraftlosigkeit usw. ein. Die Palpation und die Röntgenuntersuchung ergaben eine rechtseitige Halsrippe und einen abnorm großen Proc. transversus an der linken Seite des 7. Halswirbels. Exstirpation der Halsrippe, die dadurch erschwert war, daß sie durch eine Synostose ziemlich breit am Körper der 1. Rippe fixiert und durchgemeißelt werden mußte. *Heilung.*

Wagner (Leipzig).

140. **Über arteriell-venöse Aneurysmen der großen Halsgefäße;** von Robbers. (D. med. Woch. 1916. Nr. 35. S. 1071.)

Beschreibung eines Falles von arterio-venösen Aneurysma (Carotis-Ingularis interna) nach Schußverletzung. Unterbindung der Gefäße, Heilung. Die Ansicht R.s, daß arteriell-venöse Aneurysmen keine Lebensgefahr für den Träger bedeuten, dürfte für viele Fälle wohl kaum stimmen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

141. **Ein Fall von Sarcoma scapulae;** von E. Key und D. Carlsten. (Nord. med. Ark. Bd. 48. Nr. 11. S. 1. 1916.)

Der Fall betraf eine 18jährige Arbeiterin. Es handelte sich um ein Sarkom, bzw. Angiosarkom des Schulterblattes. Mit Ausnahme des Akromion und des Proc. coracoideus mußte das ganze Schulterblatt entfernt werden. Die Exstirpation des Schulterblattes war in diesem Falle außerordentlich wenig entstellend. Die passive Beweglichkeit im Schultergelenke war normal; die aktive Beweglichkeit natürlich beschränkt.

Wagner (Leipzig).

142. **Zur Versorgung der in der Oberschlüsselbeingrube arrodierten Art. subclavia;** von H. Küttner. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 49. S. 973.)

Die typische Ligatur der Subklavia oberhalb des Schlüsselbeins kommt für diese Fälle nicht in Frage, denn das Loch in der Arterie findet sich meist gerade an der Stelle, wo die klassische Ligatur stattfinden soll, und das arrodierte Gefäß pflegt so morsch zu sein, daß es in nächster Nachbarschaft der Arrosionsstelle nicht angerührt werden kann. In dieser heiklen Lage hat sich K. mehrfach mit einer Kompression durch einen langen Stiel, der einen fest zusammengerollten Mullstreifen trägt, geholfen. Durchschneidung des klavikularen Anteils des Kopfnickers; Freilegung und quere Durchschneidung des M. scalenus anterior. Man hat dann eine mehrere Zentimeter lange Strecke der Arterie ohne Seitenäste vor sich liegen, die sehr geeignet für die zentrale Ligatur ist. Es muß aber auch peripher die Arrosionsstelle in möglichst normaler Gefäßstrecke unterbunden werden. Unter Umständen muß man sogar das Schlüsselbein resezieren, ehe man eine für die Unterbindung geeignete Gefäßstrecke findet.

Wagner (Leipzig).

143. **Einfaches Einrenkungsverfahren bei Schulterluxation;** von H. Spitzy. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 47. S. 934.)

Über den zum luxierten Oberarm rechtwinklig gebogenen Unterarm wird eine lange Schlinge geschoben, die vom Erdboden mindestens 20 cm absteht. Mit einem Fuße tritt der Arzt in die hinabhängende Schlinge, deren oberes Ende möglichst nahe der Ellbeuge ansetzt, und zieht mit seinem Körpergewicht den Oberarmkopf nach unten. Der Arzt behält hierbei seine beiden Hände frei, mit denen er den Kopf von der Achsel herab und unterhalb des M. pect. gewissermaßen herausgraben und in die Fossa glenoidalis hineinhebeln muß.

Wagner (Leipzig).

144. **Bekämpfung einer schweren Nachblutung aus der Art. maxillar. interna nach Oberkieferfraktur;** von Kolb. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 51. S. 1002.)

Bei einem 20jährigen Kranken mit linksseitigem Oberkieferbruch trat eine schwere Blutung aus der Frakturstelle ein, die sich bei der zweiten Wiederholung durch Tamponieren nicht mehr stillen ließ. Die Blutung stand aber sofort nach Kompression der entsprechenden Carotis ext., setzte aber beim Nachlassen der Kompression sofort wieder ein. Unterbindung der Carotis ext. in lokaler Anästhesie. Sofortiges Stehen der Blutung; vollkommene Heilung.

Wagner (Leipzig).

145. **Einige Komplikationen nach Lungenverletzungen;** von Linberger. (D. med. Woch. 1916. Nr. 30. S. 904.)

Beschreibung eines Falles von jauchigem Hämopneumothorax, bei dem die plötzlich sich entwickelnde Gasmenge Anlaß zu schwerster Dyspnöe gab; Punktion und Rippenresektion brachten Besserung. Weiter werden 2 Fälle von Lungenschüssen erwähnt, in denen längere Zeit nach der Verletzung auf der anderen Seite sich ein pleuritisches Exsudat einstellte.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

146. **Perikarditis nach Lungenschüssen;** von H. Flörcken. (D. med. Woch. 1916. Nr. 32. S. 979.)

Die Herzbeschwerden nach Lungenschüssen werden zuweilen durch perikarditische Prozesse verursacht; vielleicht handelt es sich dabei um Fortleitung einer Infektion von der Pleura her auf dem Lymphwege. Punktion des Exsudats bzw. Dränage des Herzbeutels bei eitriger Perikarditis sind dann erforderlich.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

147. **Granatsplitter im Herzen;** von W. Reichmann. (D. med. Woch. 1916. Nr. 29. S. 873.)

Beschreibung eines Falles von Brustschuß, bei dem ein Granatsplitter wahrscheinlich in der Wand der A. pulmonalis dicht oberhalb ihres Ursprungs nachweisbar war. Bemerkenswert ist an diesem Falle, daß der Soldat mit dieser Verletzung wieder Felddienst tat.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

148. **Surgery of the heart;** by W. Wayne Babcock. (New York med. Journ. 1916. June 10. S. 1109.)

W. gibt einen Überblick über den gegenwärtigen Zustand der Herzchirurgie, wobei er namentlich die operative Technik eingehend berücksichtigt. Praktisch interessieren uns jetzt am meisten die operativen Resultate bei Herzverletzungen. Von 51 Operationen aus der letzten Zeit hat Miller 53% Heilungen berechnet. Von den 10 zuletzt Operierten genasen 9.
Wagner (Leipzig).

149. **Die Behandlung des offenen Pneumothorax mit sofortiger Brustwandnaht;** von Wiewiorowski. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 51. S. 1005.)

Den Ausführungen Hanusas stimmt W. durchaus bei; er will aber, wenigstens im Stellungskrieg, die Brustwandnaht möglichst bald nach der Einlieferung, also noch auf dem Truppenverbandplatz ausgeführt wissen. Die Technik des Eingriffes ist sehr einfach: Die Wundumgebung wird gründlich jodiert; aus der Wunde werden die groben Verunreinigungen entfernt und dann werden mit einer Cooperschen Schere rasch Unebenheiten, Fetzen, Splitterchen usw. von den Wundrändern fortgeschnitten. Dann werden mittels starker Seide mit tiefgreifenden, die Pleura möglichst mitfassenden Nähten die Wundränder vereinigt. Irgendwelche Betäubung ist nicht notwendig. Lungenverletzungen bleiben unberücksichtigt. Der Erfolg war in allen Fällen geradezu verblüffend: Besserung des Allgemeinzustandes, Kräftigung des Pulses, Aufhören der Atemnot.
Wagner (Leipzig).

150. **Über den Einfluß der Unterbindung der Pulmonalarterie auf die Lunge und über ihre therapeutische Bedeutung;** von Th. v. Ostrowski. (Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 43. S. 1353.)

Die experimentellen Untersuchungen v. O.s führten zu folgenden Ergebnissen: Die Unterbindung der Pulmonalarterie ruft beim Hunde unmittelbar nach dem Eingriffe bedeutende Zirkulationsstörungen hervor, die mit der Zeit im Lungengewebe zu repressiven Veränderugen, ja sogar zur Nekrose führen, wobei diese Veränderungen in den tiefer gelegenen Teilen größer sind, als in den subpleuralen. Dieser verschiedene Grad der Veränderungen spricht für die leichtere, vollkommenere Ausgleichung der veränderten Zirkulation in den subpleuralen als in den zentralen Lungenleiden. Nach längerer Dauer der Unterbindung der Pulmonalarterie kommt es zu Bindegewebswucherungen in der Lunge als Ausdruck einerseits des pathologischen Regenerationsprozesses, andererseits des nicht normalen Ausganges der nach Unterbindung der Pulmonalarterie eingetretenen Entzündung der subpleuralen Lungenpartien. Die Bindegewebswucherung kann in entsprechenden Fällen von Lungentuberkulose einen therapeutischen Wert haben. Wagner (Leipzig).

151. **Zur operativen Behandlung des weit offenen, freien Pneumothorax;** von H. F. Brunzel. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 137. S. 180. 1916.)

Die Hauptgefahr des plötzlich auftretenden, weit offenen, freien Pneumothorax beruht nicht, wie Sauerbruch und Müller zeigten, auf der plötzlichen Ausschaltung der einen Lunge, sondern in dem „Mediastinalflattern“, wodurch auch die *andere* Lunge in ihrer Funktion stark geschädigt wird. Müller zeigte, daß man durch Hineinziehen der kollabierten Lunge in die Thoraxwunde die bedrohlichen Symptome sofort beseitigen kann. Br. beobachtete nun in 3 Fällen, in denen er bei solch weitem plötzlich auftretenden Pneumothorax (1mal eine Stichverletzung des Thorax, 2mal breite Eröffnung der Pleura bei der Operation eines auf die Rippen übergreifenden Tumors) die Lunge in den Defekt eingenäht hatte, daß die Patienten während der Operation in der Narkose keinerlei plötzliche Kollapssymptome zeigten; hingegen bestanden in den ersten Tagen nach der Operation recht schwere Kollapserscheinungen, die hohe Morphiumdosen erforderten und nur langsam zurückgingen. Br. führt diese Erscheinungen darauf zurück, daß man beim Einnähen der kollabierten Lunge keineswegs gerade die der betreffenden Pleurapartie zugehörige Lungenpartie zu fassen bekommt; naturgemäß entstehen dann nach der Fixierung der Lunge mehr oder weniger starke Zerrungen der Lunge, die sehr wohl jene Kollapssymptome erklären. Er empfiehlt daher, wie er es selbst in einem Falle von großer akzidenteller Pleuraverletzung mit bestem Erfolg ausführte, die Lunge nicht in den Defekt einzunähen, sondern lediglich die Pleurawunde sicher verschließen eventuell unter Zuhilfenahme der Weichteile (Musculus pectoralis usw.). Brütt (Hamburg-Eppendorf).

152. **Spontane Magenruptur;** von Fr. Steinmann. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 9. S. 181.)

Dieser bisher wohl einzig dastehende Fall einer spontanen Berstung des Magens betraf ein 17jähriges Mädchen. Die Berstung ist offenbar unter der Wirkung der sich im Magen durch den darin stagnierenden sauren Kohl entwickelnden Gase eingetreten. Warum sich diese nicht genügend durch Aufstoßen nach oben entleerten, kann natürlich nicht mit Sicherheit entschieden werden. Es ist wohl möglich, daß Kotteile die Kardia verlegten. Ob die bei der Operation gefundene Drehung des Colon transversum und dessen Knickung durch die Adhäsionen auf der Vorderwand bei dem Hergange eine Rolle spielten, ist ebenfalls nicht klar. Jedenfalls war nicht etwa eine Rückstauung vom Colon transversum aufwärts bis zum Magen im Spiele, da der obere Dünndarm nicht wesentlich aufgetrieben war. Der Einfluß der Vorgänge am Colon transversum auf den Magen könnte nur als reflektorischer gedacht werden. Sicher ausgeschlossen ist nach der genauen Untersuchung der Ränder des Magenrisses, daß ein nachweisbarer pathologischer Prozeß der betreffenden Magenwand im Spiele war (z. B. ein Ulcus). Die bald nach der Berstung vorgenommene Laparotomie und doppelte fortlaufende Zwirnnaht des Magenrisses brachte vollkommene *Heilung*. Wagner (Leipzig).

153. **Die Bedeutung der okkulten Blutungen des Magendarmkanals für die Abdominalchirurgie;** von J. Boas. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 3. S. 364.)

Am sichersten werden alle 3 bekannten Proben Guajak, Phenolphthalein (Kahlbaum) und Benzinprobe, um Blut aufzuspüren, vorgenommen. Die letztere ist für Mageninhalt unsicher. Serienweise, methodisch fortgeführte Untersuchungen, womöglich einwöchentlich und täglich, können keinen Zweifel über okkultes Blut lassen. Okkulte Blutung fehlte in keinem Karzinomfall der letzten Jahre. Über das Verhalten bei Gastroenterotomierten mit Magenkarzinom fehlen noch große Untersuchungsreihen; in 8 Fällen aber blieb der Befund positiv. Nach solchen Eingriffen wegen Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwüren in 10 Fällen desgleichen. Wo Neigung zum Persistieren der okkulten Blutung besteht, erhöht sich der Verdacht auf bös-

artige Entartung eines Magenkarzinoms. Die klinische Erfahrung ist mittlerweile — wohl besonders B. zu danken — soweit gediehen, daß die Methoden notwendig zur Frühdiagnose herbeigezogen werden müssen und neben den anderen modernen klinischen und physikalischen Hilfsmitteln das Rüstzeug des Arztes vermehren. Freilich muß von den mit der Untersuchung betrauten Gehilfen die größte Gewissenhaftigkeit und Zuverlässigkeit gefordert werden, um Beunruhigung zu vermeiden, indem artifizielles vom okkulten Blute haarscharf getrennt wird. B. gibt viele Anregungen und verspricht weitere Ausführungen.
von Noorden (Bad Homburg).

154. Pankreasfistel nach ausgedehnter Duodenalresektion mit Ausgang in Heilung; von H. v. Haberer. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 3. S. 424.)

Eine technisch äußerst schwierige Operation führte zur Duodenalresektion über den Anfangsteil des Duodenums hinaus; da das Ulcus diesen sowohl, wie das Pankreas, als den Anfangsteil befallen hatte, so entstanden in der Folge schwere Pankrasdrüsen-Ausfälle. Erepton — ein vollständig abgebautes Eiweiß, leistete in der Zeit der Nachbehandlung während des Bestehens der postoperativen Pankreasfistel sehr gute Dienste. Mit Schluß der Fistel verschwanden auch die Fettstühle. Als Methode ist bei allen nur irgend bezüglich der Lokalisation eines M. duodeni unklar liegenden Fällen, unilatente Pylorsausschaltung, die sich oft gut bewährt hat, aufzustellen. H. verfügt über 248 Magenresektionen, 55 Pylorusausschaltungen und 28 Ulcusresektionen der Pars horizontalis sup. des Duodenums.
von Noorden (Bad Homburg).

155. Meningokokkenperitonitis; von M. H. Moeltgen. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 5. S. 94.)

Der 21jährige Soldat erkrankte 7 Wochen nach einer Meningitis cerebrospinalis an einer schweren Bauchfellentzündung. Nach dem klinischen Verlauf und dem Untersuchungsbefund wurde eine Pneumokokkenperitonitis angenommen. Laparotomie; Dränage; keine Perforation; Parotiseiterung. 36 Tage nach der Operation *Tod*. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Meningokokken in Reinkultur (Diplococcus intracellularis meningitidis); auch in dem Parotisabzeßeiter wurden Meningokokken gefunden. Wahrscheinlich sind die im Nasen- und Rachensekret vorhandenen Meningokokken mit dem Speisebrei in den Magendarmkanal gelangt und haben durch die schon vorher geschädigte Darmwand hindurch eine Peritonitis hervorgerufen. Im Blute waren keine Meningokokken nachweisbar. Wagner (Leipzig).

156. Fall von traumatisch rezidivierender, afebriler Peritonitis tuberculosa exsudativa nach Querschlägern; von F. Munk. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 26. H. 2. S. 115.)

Der Patient starb 10 Tage nach der Verletzung mit einem Erguß in der Bauchhöhle und unklaren anderen Erscheinungen. Die Obduktion zeigte eine alte Polyserositis tuberculosa mit Pericarditis obliterans, speziell auch eine ausgedehnte Tuberkulose des Netzes und der Bauchhöhle. Im Exsudat wurden Lymphozyten, aber keine Tuberkelbazillen gefunden. Die tuberkulöse Erkrankung ist in die früheste Kindheit zurückzuführen. Später war der Kranke als Schmied, als Soldat in der Garnison und auch 9 Wochen im Felde im wesentlichen beschwerdefrei. Mit Rücksicht auf den ausgedehnten Befund der alten tuberkulösen Veränderungen ist dies bemerkenswert, speziell auch in Hinblick auf die Pericarditis obliterans. Als auslösendes Moment für die tödliche Ausbreitung der Erkrankung ist wohl die traumatische Wirkung des Geschosses anzusehen. E. Fränkel (Heidelberg).

157. Schock — Blutung — Peritonitis; von O. Hirschberg. (D. med. Woch. 1916. Nr. 47. S. 1451.)

H. betont, wie wichtig es ist, bei Durchschüssen zunächst den schweren Schock abzuwarten und nicht aus übertriebener Furcht vor der Peritonitis sofort nach der Einlieferung des Verwundeten im Schock zu operieren. Beschreibung eines einschlägigen Falles.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

158. Beobachtungen und Resultate bei frühzeitig eingelieferten Bauchschüssen; von Oberst. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 48. S. 1702.)

Bei frühzeitiger Einlieferung hat etwa die Hälfte der Verletzten stärksten Schock, der die Operation verbietet. Die Sektion solcher Fälle weist schwere Verletzungen nach, aber meist keine besondere intraabdominelle Blutung infolge des im Schock niedrigen Blutdruckes. Wenn die Herztätigkeit die Operation erlaubt, bestehen meist so erhebliche intraabdominelle Verletzungen, daß die Heilerfolge recht bescheiden sind, ebenfalls infolge Schockwirkung. All diese schweren Fälle sterben bald, so daß mehr rückwärts gelegene Formationen ein prognostisch viel günstigeres Material bekommen. Richarz (Bonn).

159. Technik des künstlichen Afters; von H. Matti. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 6. S. 115.)

M. empfiehlt folgendes Verfahren: Nach Vorziehen der Sigmoidalschlinge wird das Mesenterium in einer Gefäßlücke dicht am Darmansatze mit stumpfem Instrument durchstoßen und ein kleiner Gummischlauch durchgezogen. Mit diesem Gummischlauch wird der Darm zirkulär eingeschnürt, und zwar gerade so weit, daß Abschluß des Lumens eintritt. Schluß des Ringes durch 2 Seidendurchstechungsligaturen. Dabei darf nicht die geringste elastische Spannung im Gummischlauchring entstehen. Der Übertritt von Kotmassen in die abführende Schlinge wird in gleicher Weise verhindert wie beim Verfahren v. Mosetigs. Der Vorteil des Darmabschlusses mit einem Gummiring liegt jedoch darin, daß ein elastisches Ventil geschaffen wird. Entsteht bei vollständiger Undurchgängigkeit der Mastdarmstriktur Sekretstauung im abführenden Schenkel, so wird bei einem gewissen Druck der Widerstand des Gummiringes überwunden, und der Inhalt des abführenden Schenkels kann sich durch die Darmfistel entleeren.
Wagner (Leipzig).

---

160. Cystoscopy as an diagnostic aid in spinal cord diseases; by G. Greenberg. (New York med. Record Oct. 7. 1916. S. 634.)

Treten Beschwerden von seiten des Harnapparates auf, ohne daß die Zeichen einer Harnröhrenstriktur oder Prostatahypertrophie nachzuweisen sind, so muß ein Rückenmarksleiden in Betracht gezogen werden. Selbst wenn keine nervösen Symptome vorhanden sind, dagegen die zystoskopische Untersuchung trabekuläre Hypertrophie der Blasenmuskulatur, besonders am Blasendach und an ihren Seiten, verbunden mit Divertikelbildung, ergibt, so ist eine spinale Störung wahrscheinlich. Fischer-Defoy (Dresden).

161. Über Ersatz von Gelenkbändern; von Fr. Steinmann. (Zeitschr. f. Chir. 1916. Nr. 49. S. 979.)

In einem Falle von Zerreißung des inneren Seitenbandes des Kniegelenkes hat St. an der inneren Tibiakante aus dem oberen Drittel des Schienbeins eine gestielte, ca. 8 cm lange, 1 cm breite und 3 cm dicke Periost-Knochenlamelle mit oberer Basis losgemeißelt, nach oben umgelegt, das obere Ende subperiostal dem Condyl. int. femoris angelagert und durch einige Knochennähte mit dem wieder darüber gelegten Periost verbunden. Die knochenbildende Schicht der Knochenlamelle war also nach außen gerichtet. Es resultierte ein solides knöchernes Seitenband, das aber an seinen Insertionsstellen seine Beweglichkeit bewahrt hatte. Der Kranke ist wieder vollkommen arbeitsfähig geworden. Die Methode kann auch zum Ersatze anderer Gelenkbänder, z. B. des Lig. tibio-naviculare, benutzt werden. Wagner Leipzig).

162. **Vorschlag neuer Amputationsmethoden für kinetische Prothesen;** von St. Tobiášek. (Časopis lékařův českých. 1916. Nr. 50.)

Die Methode T.s unterscheidet sich von der Methode Sauerbruchs dadurch, daß an Stelle des im Muskelstumpf quer angelegten, mit Haut ausgekleideten Tunnels ein Knochenstück tritt, und zwar die Tuberositas calcanei, die Patella, das Olecranon oder ein aus der Tibia oder Fibula der gesunden Seite transplantiertes Knochenstück, das quer liegt, den Muskelstumpf überragt und mit Faszie und Haut bedeckt wird. Dieser Knochen soll das Herabgleiten einer an den Stumpf angeschnürten Fassung verhüten.

Mühlstein (Prag).

163. **Die Behandlung der Amputationsstümpfe der Invaliden;** von B. Dollinger. (D. med. Woch. 1916. Nr. 42. S. 1289.)

D. betont die Wichtigkeit der Stumpfbehandlung neben der richtigen Konstruktion der Prothese. Muskelschwund, Versteifung der benachbarten Gelenke sind die Hauptschäden, welchen entgegengearbeitet werden muß. Später sind besondere Gehübungen mit den Prothesen zu veranstalten; eine besondere Rolle spielt hierbei das Hindernisgehen; auch gewisse leichte Sportarten tragen wesentlich dazu bei, den Amputierten an den Gebrauch der Prothese zu gewöhnen. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

164. **Beiträge zur Kasuistik der Brachydaktylie;** von E. Friedländer. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. S. 230. 1916.)

Fr. beschreibt 3 Fälle angeborener Brachydaktylie, die streng zu trennen sind von den als postfötal erworbenen krankhaften Veränderungen. Während er sich zur ätiologischen Bewertung der angeborenen Fälle in der Hauptsache der Macholschen Theorie anschließt, die die symmetrischen Mißbildungen als spinal, die asymmetrischen auf zerebraler oder peripherer Schädigung beruhend annimmt, verweist er für einen kleineren Teil der angeborenen Fälle, wo es sich um besonders hochgradige Verkümmerungen handelt, in das Gebiet der Hemmungsmißbildungen.

Kautz (Hamburg).

165. **Sehnenscheidenanschwellungen nach Nervenschußverletzungen;** von Goebel. (D. med. Woch. 1916. Nr. 30. S. 901.)

G. beobachtete bei einer Reihe von Radialislähmungen und Peroneuslähmungen eine Verdickung der Sehnenscheiden am Hand- bzw. Fußrücken. Diese auch schon früher beobachtete und beschriebene Erscheinung ist wahrscheinlich auf Stauungszustände infolge des Herabhängens der Hand zurückzuführen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

166. **Über Schußverletzungen des Oberarms und deren Behandlung;** von W. B. Müller. (D. med. Woch. 1916. Nr. 30. S. 902.)

Beschreibung einer Gipshülsenschiene für den Oberarm in Abduktionsstellung, wobei die Gipsschiene in fester Verbindung mit einem um den Thorax angelegten Gipsring steht. Bei diesem Verband ist erstens für eine gute Stellung der Fragmente gesorgt, und zweitens ist der Verbandwechsel leicht zu bewerkstelligen. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

167. **Die Gipsextensionsbehandlung der Oberarmschußfrakturen;** von Weise. (D. med. Woch. 1916. Nr. 31. S. 947.)

Beschreibung eines kombinierten Schienen-Gipsverbandes, der sich an die Middeldorpfsche Triangel anlehnt. Der Oberarm steht in einer Abduktionsstellung von etwa 45°, der Vorderarm ist um ca. 45° erhoben. Die Extension wird, wie es ja auch sonst schon immer üblich war, dadurch bewirkt, daß der Ellenbogen-Winkel in der Schiene etwas tiefer steht, als der Ellenbogen selbst; beim Anbandagieren des Armes auf der Schiene werden dann die Bruchenden auseinandergezogen. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

168. **Zur Behandlung von Oberarmbrüchen;** von Warsow. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 52. S. 1832.)

Empfehlung eines einfachen Schienenapparates, der ans Bett angeschraubt, den Arm in Zuppingerscher Rechtwinkelstellung hält und frühzeitige Gelenkbewegungen gestattet. Richarz (Bonn).

169. **Eine Unterarmbandage für lange Stümpfe;** von G. Schlesinger. (D. med. Woch. 1916. Nr. 41. S. 1260.)

Beschreibung einer Arbeitsprothese für lange Vorderarmstümpfe, bei der auch Drehbewegungen im Sinne der Pro- und Supination möglich sind. Die beigegebenen Bilder erläutern das Verständnis dieser neuen Bandage. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

170. **Zur Versorgung von kurzen Vorderarmstümpfen durch Muskelunterfütterung;** von H. Spitzy. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 1. S. 26.)

Sp. machte sich das Verhalten der Bizepssehne, die ja dicht unterhalb des Ellbogengelenkes am Radius inseriert, zunutze, indem er auf operativem Wege den Bizeps dicht oberhalb des Ellbogengelenks unterminierte und den so gewonnenen Spalt mit Haut auskleidete. Ein Elfenbeinstift, der nach der Wundheilung in den Spalt gesteckt wurde, konnte im Sinne der Beuge- und Streckstellung gut benutzt werden. Durch Prothesenzügel, die an diesem Stift befestigt wurden, ließ sich eine künstliche Hand bewegen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

171. **Ein neues Operationsverfahren zum Ersatz von Fingerverlusten;** von H. Neuhäuser. (Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 48. S. 1287.)

Die bisher üblichen Verfahren des Daumenersatzes hatten den Nachteil, daß einerseits sehr lästige Zwangshaltungen dabei eingenommen werden mußten, andererseits die Behandlungsdauer eine recht langwierige war. (Ersatz des Daumens durch die 2. Zehe mittels gestielter Lappenplastik nach Nicoladoni usw.) N. hat nun eine Methode ausgearbeitet, bei der die Nachteile wesentlich in den Hintergrund treten: Er verpflanzt eine Rippenspange, deren Periost an der

Außenseite erhalten ist, in einen Haut-Fett-Brückenlappen der Bauchwand in der Weise, daß er diesem Brückenlappen durch Annäherung seiner Enden eine walzenförmige Gestalt gibt; im Zentrum dieser Walze sitzt dann die Rippenspange. An diesen „neugebildeten Daumen" wird dann der entsprechend präparierte Daumenstumpf angenäht; nach 8—14 Tagen wird der neugebildete Daumen allmählich vom Mutterboden abgetrennt. In dem einen Falle, wo N. dieses Verfahren angewandt hat, hat er einen ganz brauchbaren neuen Daumen erzielt, der allerdings noch eine ziemlich plumpe Form aufweist.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

172. **Die Ausnutzung der Pronationsbewegung und ihre Übertragung auf die gelähmten Fingerstrecker bei den Oberarmschußverletzungen mit Radialislähmung;** von A. Hammesfahr. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 45. S. 914.)

Die von H. ausgesonnene und mehrfach mit Erfolg ausgeführte Operation übertrifft in ihrer Wirkung die jeder Radialisschiene. Da bei der Mehrzahl der Greifbewegungen die Hand in Pronationsstellung steht, so würde viel erreicht sein, wenn die Finger wenigstens mit der Pronationsbewegung des Vorderarms in die Streckstellung kämen. H. hat nun durch eine Sehnentransplantation die Kraft, mit der der Radius in die Pronationsstellung des Vorderarms herumgeworfen wird, in der Weise ausgenutzt, daß diese Kraft mit Hilfe eines Hypomochlions auf die langen Fingerextensoren übertragen wird. Voraussetzung ist natürlich, daß die Pronatoren arbeitsfähig sind, daß also der N. medianus intakt ist. Wagner (Leipzig).

173. **Lebendiger Handersatz durch Schaffung eines neuen Gelenks;** von Walcher. (D. med. Woch. 1916. Nr. 44. S. 1341.)

Bei einem Handamputierten schaffte W. das untere Ende des Radius durch Bildung eines neuen Gelenks zu einem willkürlich bewegten Glied um. Mit Hilfe dieses „künstlichen Daumens" und einer entsprechend konstruierten Prothese konnten ausgezeichnete Resultate erzielt werden. Das Verfahren empfiehlt sich in geeigneten Fällen entschieden zur Nachahmung.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

174. **Grundsätze im Bau künstlicher Beine;** von Gangele. (D. med. Woch. 1916. Nr. 33. S. 1000.)

Die wichtigste Vorbedingung für ein gut sitzendes Kunstbein ist eine gute Beschaffenheit des Stumpfes; der Stumpfbehandlung nach der Amputation ist die größte Sorgfalt zuzuwenden; die endgültige Prothese soll nicht zu früh angelegt werden.

Das Kunstbein selbst soll möglichst leicht und möglichst einfach konstruiert sein, um rasch und leicht etwa notwendige Reparaturen zu ermöglichen. Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

175. **Die Freilegung des N. ischiadicus in seinem obersten Teile;** von F. König. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 52. S. 1023.)

Zur Aufsuchung des Nervenstammes bei seinem Austritt aus dem Foramen ischiadicum bzw. pyriforme bedienen wir uns zweckmäßig der Schnittführung zur Unterbindung der Glutäalarterien. Am trochanteren Ende dieses Schnittes wird der Ansatz des Glutaeus max. unter Durchschneidung seiner breiten Sehnenplatte abgetrennt und der so entstehende Winkellappen abwärts geschlagen, wobei man allmählich immer weitergehend den Nerven bequem von seiner Austrittsstelle bis an den unteren Glutäalrand oder noch weiter zutage liegen hat. Wagner (Leipzig).

176. **The flexed spica and wheel chair in the treatment of fracture of the neck of the femur;** by G. A. Moore. (Boston med. and surg. Journ. Sept. 28. 1916. S. 448.)

Bei Schenkelhalsfrakturen wurde das Bein in Flexion und Abduktion fixiert, so daß der Patient von der ersten Zeit an sitzen konnte und auch leicht der Transport im Rollstuhl möglich war. Durch diese Haltung wurde eine Erschlaffung des Adductor longus und des Ligamentum ileo-femorale erzielt; die Spannung des Glutaeus maximus und medius verhindert eine rückwärtige Dislozierung des Trochanters. Von 17 so mit bestem Erfolge behandelten Patienten waren 15 über 50 und von diesen 9 über 70 Jahre alt.

Fischer-Defoy (Dresden).

177. **Spätschicksale intrakapsulärer Schenkelhalsfrakturen;** von H. Günther. (D. med. Woch. 1916. Nr. 35. S. 1072.)

Beschreibung eines Falles von intrakapsulärer Schenkelhalsfraktur in der Jugend (Epiphysenlösung?), bei dem ein relativ gutes klinisches Heilresultat eingetreten war; im Röntgenbild zeigte sich, daß der Trochanter eine neue Pfanne in der Darmbeinschaufel oberhalb der alten Gelenkpfanne gebildet hatte; der Kopf war, wie fast stets in solchen Fällen, atrophiert.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

178. **Behandlung deform geheilter Oberschenkelfrakturen mit einem Frakturenhebel-Streckverbandapparate mit passiven automatischen und aktiven Gelenkbewegungen im Bett;** von O. Ansinn. (Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 43. S. 1362.)

Die von A. ersonnenen Apparate, die ihm ausgezeichnete Erfolge verschafft haben, sind nur mit Hilfe der der Originalarbeit beigegebenen Abbildungen verständlich. Einer Behandlung der Oberschenkelfrakturen im Gipsverband steht in den ersten Wochen nichts entgegen. A. wendet sich nur gegen das wochenlange Liegenlassen der Kranken ohne jede Bewegung. Dann allerdings tritt eine schwere Schädigung ein, ohne daß dem Kranken auch nur der geringste Vorteil gebracht wird. Wagner (Leipzig).

179. **Streckbett für Oberschenkelbrüche;** von L. M. Metz. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 45. S. 889.)

Die Art der Behandlung beruht auf Streckung des Gliedes mittels Gewichten, indem das Eigengewicht des Beines und die Art des Aufhängens mithelfen, die Wirkung des Zuges zu vermehren. Die Körperhaltung ist so, daß der Oberschenkel in der Hüfte gebeugt und der M. ileopsoas entspannt wird. Außerdem wird auch das Knie nach dem Sauterschen Prinzip stets in leichter Beugung gehalten. Der Kranke sitzt auf einer stuhlsitzartigen Erhöhung des Bettes. Der Sessel befindet sich ungefähr 30 cm oberhalb der Obenkante der Rolle; das gebrochene Glied wird an einem Galgen aufgehängt, mit Gewichten gestreckt und hängt in einem Winkel von 30° nach unten. Das gesunde Bein ruht frei auf der Unterlage.

Wagner (Leipzig).

180. **Subkutane Fraktur; Koli-Infektion;** von M. Stolz. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 51. S. 1007.)

Subkutane Fraktur des Unterschenkels bei einem 26jährigen Infanteristen, die zunächst ungestört zu heilen schien. Vom 9. Tage an Fieber, Schwellung mehrerer Gelenke, schwere Allgemeinerscheinungen. *Tod* 14 Tage nach der Verletzung. Ursache des Todes war eine Infektion mit Bact. coli. Auf welchem Wege sie zustande kam, läßt sich nicht feststellen, da die bakteriologische Untersuchung des Blutes versäumt wurde. Wagner (Leipzig).

181. **Certain facts concerning the operative treatment of fracture of the patella;** by C. L. Scudder and R. H. Miller. (Boston med. and surg. Journ. Sept. 28. 1916. S. 441.)

In 38 Fällen wurde eine Patellarfraktur folgendermaßen operiert: die Knochenenden wurden angefrischt, digital genähert und darauf die Kapsel und die zerrissene Faszie mit Chromkatgut vernäht. Bei 81% erfolgte knöcherne Vereinigung, wie mit Röntgenstrahlen festgestellt wurde; bei 18% davon war nur eine knöcherne Brücke vorhanden. Die volle Extension des Beines gelang bei 94% aller Operierten, die volle Flexion bei 60,5%, beides bei 57%. 63% aller Operierten arbeitete wie vor der Verletzung. In allen Fällen, in denen die Patella mit Draht genäht war, war der Draht zerbrochen und die knöcherne Vereinigung ausgeblieben. Fischer-Defoy (Dresden).

182. **Zur Bolzungsresektion des Kniegelenks;** von A. Fromme. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 57. S. 1001.)

Angeregt durch die Sultansche Mitteilung empfiehlt Fr. eine Bolzungsresektion des Kniegelenks bei Resektion wegen Tuberkulose. Sie kann Anwendung finden, wenn bei einem lateral oder medial liegenden tuberkulösen Herd in der Tibia der gegenüberliegende Femurkondylus nicht erkrankt ist, wie das häufig vorkommt. Es wird bei der Operation so vorgegangen, daß bei einem röntgenologisch festgestellten Herd in der Tibia diese zuerst angefrischt, die Knochenhöhle ausgemeißelt und dann vom Femurkondylus ein entsprechendes Stück erhalten wird, um die Knochenhöhle auszufüllen. Die knöcherne Heilung pflegt außerordentlich schnell zu verlaufen; ein Nachteil ist die eventuell größere Verkürzung. Wagner (Leipzig).

183. **Zur Bekämpfung der Nachblutung aus der A. glutaea sup. durch Unterbindung der A. hypogastrica;** von Flörcken. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 42. S. 1499.)

Fl. hat bei einem 20jährigen Soldaten mit Arrosionsblutung aus der A. glutaea sup. bei pyämischer Beckenmetastase nach Gesichtsfurunkel die sonst nicht stillbare Blutung durch sofortige Unterbindung der A. hypogastrica zum Stehen gebracht. Heilung. Wagner (Leipzig).

184. **Über die Ausschälung des Fibulaköpfchens bei der hohen Unterschenkelamputation;** von R. Hofstätter. (Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 35. S. 1106.)

Während des Krieges wurde in der v. Eiselsbergschen Klinik das Fibulaköpfchen bei Unterschenkelamputationen 3mal ausgelöst und in allen 3 Fällen wurden dadurch schwere Komplikationen geschaffen; es kam stets zur Infektion des Kniegelenkes. In allen 3 Fällen hatte es sich um schwer infizierte Unterschenkelschußfrakturen gehandelt. In nicht ganz sicher aseptischen Fällen soll das Fibulaköpfchen nicht ausgeschält werden. Ein Fortschreiten der Infektion aus der Gegend des Fibulaköpfchens in das Kniegelenk hinein ist noch durch den Umstand ganz besonders erleichtert, daß an der Hinterfläche des Kniegelenks 7, um das Fibulaköpfchen herum allein 3 Schleimbeutel liegen, die in einzelnen Fällen mit dem Kniegelenk direkt kommunizieren können. Wagner (Leipzig).

185. **Zur operativen Behandlung konischer Unterschenkelstümpfe;** von H. Schmerz. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 46. S. 911.)

Das Prinzip des Verfahrens ist die Bildung eines knöchernen Steigbügels aus den Stümpfen des Waden- und Schienbeins und Umhüllung desselben mit Weichteilen unter gleichzeitiger Lagerung der Hautnarbe möglichst außerhalb der neugebildeten, durch den knöchernen Steigbügel bestimmten Unterstützungsfläche. Wagner (Leipzig).

186. **Warum beobachtet man Lähmungen des Nervus peroneus viel häufiger, als solche des N. tibialis?** von S. Auerbach. (D. med. Woch. 1916. Nr. 40. S. 1228.)

A. fand durch Analyse der verschiedenen Lähmungsformen das Gesetz, daß stets diejenigen Muskeln bzw. Muskelgruppen am raschesten und vollkommensten erlahmen und sich auch am langsamsten wieder erholen, welche die geringste Kraft besitzen (ausgedrückt durch das Muskelgewicht) und ihre Arbeitsleistung unter den ungünstigsten physikalischen usw. Bedingungen vollführen. Naturgemäß hat dieses Gesetz nur da Gültigkeit, wo entweder eine allgemeine Noxe die Nerven gleichmäßig trifft oder ein gemeinsamer Nervenstamm geschädigt wird, wie z. B. der Ischiadikus bei Schußverletzungen. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

187. **Treatment of flat-foot in old patients;** by S. Epstein. (New York med. Record Oct. 21. 1916. S. 720.)

Nach dem 50. Lebensjahre machen sich oft Plattfußbeschwerden geltend, die das Ergebnis einer allgemeinen Muskelatrophie und -schwäche sind. Therapeutisch kommen in erster Linie gymnastische Übungen in Betracht; nach 15 Minuten langem Gebrauch des Fußzirkumduktionsapparates ist eine geschickte Massage nötig, die sich besonders auf ein Kneten der Sohlenmuskulatur und der Fersensehnen erstreckt.
Fischer-Defoy (Dresden).

---

188. **The value of fuchsin in urology;** by V. G. Vecki. (Calif. State Journ. of Med. Sept. 1916. S. 349.)

Fuchsin hat sich bei allen entzündlichen Vorgängen der Harnröhre und der Blase bewährt. Man versetze 10 ccm einer 1proz. Fuchsinlösung mit 20 ccm Alkohol abs. und füge nach 15 Minuten 980 ccm destillierten Wassers hinzu; die Lösung ist vor Gebrauch zu filtrieren. Die Injektionsflüssigkeit braucht nur wenige Sekunden in der Harnröhre behalten zu werden. Die Erfolge bei akuter Gonorrhöe sind gut, ebenso bei chronischer Entzündung der hinteren Harnröhre und bei chronischer Prostatitis.
Fischer-Defoy (Dresden).

189. **Unilateral haematuria associated with fibrosis and multiple microscopic calculi of the renal papillae;** by R. L. Payne. (Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. S. 76. July 1916.)

Der 27jährige Kranke litt an Hämaturie, die nach der zystoskopischen Untersuchung aus dem rechten Ureter stammte. Der Urin enthielt weder Eiter noch Kristalle, noch besondere Zellen. Niemals Nieren-

koliken, keine Nierenschwellung, keine Nierendruckschmerzen. Starke Anämie. Freilegung und Aufklappung der äußerlich normal erscheinenden Niere. Kein Stein, keine Neubildung. Jede Papille war intensiv kongestioniert, man hatte den Eindruck, als ob an jeder Papillenspitze ein Angiom säße. *Nephrektomie.* Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Niere ergab zahlreiche mikroskopische Konkremente; Wucherung des Bindegewebes; sehr stark dilatierte Kapillaren, in deren Umgebung sich Konkremente befanden; netzförmig angeordnete dilatierte Kapillaren an den Papillenspitzen, die zum Teil rupturiert und mit Blutgerinnseln bedeckt waren.

Wagner (Leipzig).

190. **Die chirurgische Behandlung schwerer Formen der Kriegsnephritis;** von Kümmel. (Med. Klin. 1916. Nr. 35. S. 917.)

7 Fälle von schwerer akuter Nephritis mit urämischen Symptomen wurden nach erfolgloser interner Behandlung chirurgisch angegriffen, und zwar wurde einerseits (in einem Falle beiderseits) die Niere dekapsuliert. Die Erfolge waren bis auf einen Fall, der an sekundärer Infektion zugrunde ging, sehr günstig. Interessant ist, daß die Dekapsulation nur einer Niere bereits ausreichte, um die Funktion des entspannten Organs derart zu bessern, daß es vikariierend für die andere Seite eintreten konnte. Über die Folgezustände bei späterer Vernarbung der Kapsel berichtet K. nichts. Für die chirurgische Behandlung kommen in Frage erstens einseitige metastatische eiterige Nephritiden (Nephrektomie), zweitens akute Nephritiden mit Anurie und Urämie, drittens chronische Fälle mit längerer erfolgloser interner Behandlung (Nephrotomie oder häufiger Dekapsulation) Operation in Lokalanästhesie. Originell ist die Kümmelsche Einteilung der chronischen Nephritiden nach praktischen Gesichtspunkten in: Nephritis dolorosa, hämorrhagische Nephritis und medizinische Nephritis!

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

191. **Über die Behandlung der Blasenpapillome mit hochfrequenten elektrischen Strömen;** von E. Key. (Nord. med. Ark. Bd. 48. S. 1. 1916.)

K. berichtet über 6 Fälle, in denen er das bipolare Verfahren nach Kuttner angewendet. Bei den 6 Kranken handelte es sich 5mal um Rezidive nach blutiger Operation. In einem Falle handelte es sich um ein halbhaselnußgroßes primäres Papillom, das in 70 Sekunden weggebrannt wurde. Dieser Kranke ist $2^1/_2$ Jahre, ein anderer 3 Jahre rezidivfrei beobachtet worden. 2 Kranke, die vorher wiederholte Rezidive gehabt hatten, sind 10 bzw. 4 Monate rezidivfrei. In einem Falle wurde die Behandlung abgebrochen, 1 Kranker steht noch in Behandlung, ist aber, wie K. in einem Nachtrage erwähnt, jetzt auch geheilt. Von 3 weiteren nachträglich angeführten Fällen ist einer geheilt, einer noch in Behandlung. In dem 3. Falle wurde die Behandlung abgebrochen.

K. befürwortet diese Behandlung bei gutartigen Blasenpapillomen. Sie hat vor anderen endovesikalen Operationen den großen Vorteil, daß sie leicht auszuführen ist. Die Geschwulstbasis kann kräftiger behandelt werden, die Gefahr einer Blutung scheint geringer zu sein.

Wagner (Leipzig).

192. **Giant ureteral calculus; anomalous development of the genitourinary tract;** by J. Abell. (Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. S. 33. July 1916.)

Der 32jährige Kranke hatte zuerst im Alter von 18 Jahren linksseitige Nierenkoliken, die sich in den nächsten 3—4 Jahren in unregelmäßigen Zwischenräumen ziemlich häufig wiederholten. Im 28. Jahre traten zuerst auch rechtsseitige Nierenkoliken auf. Öfters Hämaturie. Die Untersuchung ergab Schwellung und Schmerzen in der rechten Nierengegend. Urin trüb, stark salzhaltig, geringe Blut- und Eiterkörperchen. Zystoskopisch normale Blasenschleimhaut, linker Ureter normal; bis zur Niere durchgängig. Rechtsseitige Uretermündung ödematös verschwollen; Ureterkatheter dringt nur $2^1/_2$ cm tief ein. Die Radiographie ergab beiderseits in dem Beckenanteil des Ureters ein Konkrement, und zwar auf der rechten Seite ein außerordentlich großes. *Beiderseitige Ureterolithotomie.* Aus dem linken Ureter wurde ein 2 g schweres, ovoides Konkrement entfernt, aus dem rechten ein $7^1/_2$ cm langes, im Umfange 7 cm betragendes, 24 g wiegendes Phosphatkonkrement. *Heilung.*

Wagner (Leipzig).

193. **Die Naht des Ureter;** von Chr. Johnson. (Zentralbl. f. Chir. 1916. Nr. 31. S. 643.)

J. rät zu einer End-zu-End-Ureternaht auf einem eingeführten Glasstäbchen. Die Vorzüge sind folgende: 1. Sichere anatomische Übersicht, wenn man beide Enden des Ureters auf dem Stäbchen vor sich hat. 2. Die Unmöglichkeit, bei der Naht die gegenüberliegende Schleimhaut mitzufassen. 3. Bei kleinstem vesikalen Ureterstumpf noch nähen zu können, was bei Plastiken oder Vereinigungen End-zu-Seit unmöglich ist. 4. Die räumliche Übersicht und leichte Arbeit durch Wegfallen jeder Assistenz bei der Naht. 5. Die verblüffende Einfachheit der Naht selber auf fester Glasunterlage.

Wagner (Leipzig).

194. **L'autoplasie veineuse de l'urètre traumatisé;** par F. Legnen. (Presse méd. 1916. Nr. 18. S. 137.)

6 Monate nach der perinealen Urethrostomie wurde der Defekt in der Urethra durch ein Stück Vena saphena externa aus dem Trigonum scarpae desselben Patienten ersetzt. 20 Monate nach der Operation war der Mann wieder dienstfähig, ohne jegliche Beschwerden; die Urethra ließ ohne Widerstand die Sonde passieren (*Béniqué* 44, 46 und 48) und zeigte keine Neigung zu Retraktionen. Es bestand nur noch eine nadeldicke Fistel am Perineum, durch die beim Urinlassen wenige Harntropfen abflossen. Es soll dies der erste Fall sein, bei dem diese Autoplastik nach Tanton mit bleibendem Erfolg am Menschen ausgeführt wurde. L. legt den Nachdruck darauf, daß die Operation nicht zu bald nach der Urethrostomie angeschlossen werden darf und schreibt seinen guten Erfolg unter anderen dem 6 Monate Abwarten zu.

Lamers (Herzogenbusch).

195. **Über eine Gefahr der Pyelographie;** von M. Simmonds. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 7. S. 229.)

Unter den Gefahren, die die Pyelographie mit sich bringt, ist nicht die Kollargolvergiftung, sondern die Gefahr der septischen Infektion nach S. in erster Linie zu berücksichtigen. Alle Läsionen des Nierengewebes sind zu vermeiden, vor allem aber ist zu prüfen, ob die Harnblase infektiöse Keime enthält. Nach allen Erkrankungen und Todesfällen nach Pyelographie empfiehlt sich die bakteriologische Untersuchung des Blutes.

Cordes (Berlin).

196. **Zur Frage der Nebenwirkungen bei der Pyelographie;** von Th. Fahr. (D. med. Woch. 1916. Nr. 5. S. 137.)

Auf Grund einer genauer mitgeteilten eigenen Beobachtung glaubt F., daß eine toxische Beeinträchtigung des Gesamtorganismus durch Resorption des

Kollargols ins Nierenparenchym bei der Pyelographie nicht zu fürchten ist. Dagegen *kann* die Kollargolfüllung des Nierenbeckens zu lokaler Schädigung des Nierenparenchyms führen, und zwar dann, wenn das Kollargol unter starkem Druck injiziert, und wenn es aus irgendwelchen Gründen längere Zeit im Nierenbecken zurückgehalten und infolgedessen in größerer Menge ins Nierengewebe resorbiert wird. Man wird bei der Pyelographie diese Verhältnisse berücksichtigen und mit entsprechender Vorsicht verfahren müssen.

Wagner (Leipzig).

197. **The prognosis of prostatitis;** by E. Silverberg. (Calif. State Journ. of Med. 1916. Nr. 2. S. 60.)

Die Voraussage ist abhängig von der Dauer der Erkrankung, von dem durch Palpation und mikroskopische Untersuchung erhobenen Befund und dem Erfolg der ersten Behandlungswochen, ist aber auch bei sorgfältigster Beobachtung und Behandlung unsicher. Die fast stets langwierige Behandlung erscheint bei alten Fällen oft aussichtslos, worin auch die Vakzinetherapie nach Ansicht von S. nur wenig geändert hat. Bei der sozialen Wichtigkeit sollte der Verschleppung der Prostatitis weit mehr vorgebeugt werden.

Weber (Bonn).

198. **Über die metastatische Prostatitis;** von H. Wildbolz. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1916. Nr. 6. S. 169.)

W. hat 14 Kranke beobachtet, in denen sich bei vorher ganz gesunden Harnwegen im Anschluß an eine Influenza eine akute als Metastase zu deutende Prostatitis entwickelte. Es gelang ihm aber in keinem einzigen Falle Influenzabazillen im Prostatasekret nachzuweisen. Nach Jochmann gelingt es überhaupt sehr selten bei Influenzakranken Influenzabazillen im Blut in vivo oder post mortem nachzuweisen. Dementsprechend findet man in all den verschiedenen lokalisierten Influenzametastasen auch nur selten wirkliche Influenzabazillen, sondern meist andere pyogene Bakterien. An der bakteriologischen Einheit der sogenannten Influenza sind überhaupt Zweifel zu hegen. Bei weiteren 8 Fällen von hämatogener Prostatitis schien eine Magendarmerkrankung der Ausgangspunkt der Infektion zu sein, 2mal eine Angina, 1mal ein Furunkel im Nacken, 1mal mehrere Hordeoli; in 10 weiteren Fällen konnte der Ausgangspunkt nicht festgestellt werden. 20 der Fälle wurden bakteriologisch untersucht, bei 12 fanden sich Staphylokokken allein, 5mal Staphylokokken mit Koli, 2mal Koli allein, 1mal Streptokokken. Von all diesen Prostatitiden führten nur 5 zu einem Prostataabszeß.

Meyer (Kilchberg b. Zürich).

199. **Hernias of the urinary bladder;** by A. P. Heineck. (Surg. gyn. and Obst. Bd. 22. Nr. 5. S. 592. 1916.)

Die Arbeit gründet sich auf 164 Blasenbrüche bei 159 Kranken, die sich in der Literatur von 1896 bis 1914 vorfinden. 12 Operierte starben. Blasenbrüche kommen bei beiden Geschlechtern und in jedem Alter vor. Sie sind angeboren oder erworben, fast stets einseitig, sehr selten beiderseitig. Jede Blasenhernie soll operativ behandelt werden. Die Operation ist gefahrlos und bringt Heilung. Die Operation ist kontraindiziert nur bei sehr hohem Alter und bei pathologischen Zuständen, die Operationen der Wahl überhaupt kontraindizieren.

Wagner (Leipzig).

200. **Zur Behandlung der Blasenektopie;** von H. Schloffer. (Wien. med. Woch. 1916. Nr. 26. S. 964.)

Die Einpflanzung der Ureteren in den Darm wurde 1892 durch Maydl in eine brauchbare Form gebracht, indem er das Trigonum mit verpflanzte. Trotzdem fällt noch eine ziemlich große Anzahl der Operierten im Anschlusse an die Operation der aszendierenden Pyelonephritis zum Opfer; auch nach vollzogener Heilung ist die Gefahr der Niereninfektion noch immer durch Jahre vorhanden. Es war deshalb vielleicht naheliegend, zwar im Prinzipe bei der Maydlschen Überpflanzung der Ureteren in den Darm zu bleiben, zur Einpflanzung aber einen Darmabschnitt zu wählen, der von der Kommunikation mit dem kotführenden Darm vollkommen ausgeschaltet war, also eine separate Darmblase zu bilden. Die einschlägigen Versuche lassen sich in 2 Gruppen teilen, in solche, bei denen man das Rektum als Einpflanzungsstelle beibehielt, das Rektum oder einen Teil von ihm zu einer neuen Blase umwandelte, den Kotstrom aber an ihr vorbeileitete; und in solche, bei denen eine höher gelegene Darmschlinge total ausgeschaltet und als Blase verwendet wurde. Sch. gibt einen kurzen Überblick über die bisherigen Operationsverfahren.

Sch. hat bei einem 16jährigen Kranken den Harn in den Mastdarm eingeleitet, den Darm zwischen Rektum und Flexur durchtrennt, das Rektum durch blinden Verschluß zur Blase umgewandelt und einen Brennerschen Anus praeternaturalis angelegt. Fast 2 Jahre nach der Operation wurden sehr günstige Verhältnisse der neugebildeten Blase und der Funktion des künstlichen Afters festgestellt. Die Blase faßt über 500 g.

Wagner (Leipzig).

201. **Über Schußverletzungen der unteren Harnwege;** von O. Zuckerkandl. (Wien. med. Woch. 1916. Nr. 15. S. 570; Nr. 25. S. 926.)

I. *Verletzungen der Harnröhre.*

Mitteilungen über 15 Fälle, von denen 10 die verschiedenen Teile der Pars pendula betrafen. Meist wurde die Harnröhre durch Schüsse verletzt, die beide Oberschenkel durchquert hatten. Das Symptomenbild des frischen Harnröhrenschusses ist einfach und unverkennbar. Bei der Miktion verläßt der Harn die Bahn der Urethra und tritt in den Wundkanal. Kann der Harnabschluß nicht glatt nach außen erfolgen, so kann es zu Phlegmone, Harninfiltration usw. kommen. Die Diagnose der Harnröhrenverletzung bietet in der Regel keine Schwierigkeiten. Die Aufgabe der Therapie gipfelt darin, die Vernarbung derart anzubahnen, daß eine freie Durchlässigkeit des Harnrohres resultiert, daß der Harn ungehindert auf richtiger Bahn abfließt, die Wunde ruhiggestellt und der Schußkanal außer Kontakt mit dem Harn gesetzt wird. In den meisten Fällen wird allen diesen Indikationen durch den *Verweilkatheter* entsprochen. Bleiben trotzdem Schußstrikturen oder Schußfisteln zurück, so ist die Methode der Wahl die *Resektion der erkrankten Harnröhrenpartie* mit nachfolgender Naht der angefrischten Stümpfe, eine Methode, die Z. bisher in 7 Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt hat.

II. *Verletzungen der Harnblase.*

Z. hat 12 Schußverletzungen der Harnblase beobachtet, die sämtlich extraperitoneale Anteile der Blase betrafen; 6mal war die Vorderwand, 4mal die Seitenwand der Sitz. Bei der Mehrzahl der extraperitonealen Schußverletzungen der Blase tritt unter zuwartendem Verhalten keine Heilung ein; dagegen reicht die einfache Eröffnung der Blase ober der Symphyse und die Dränage derselben gelegentlich mit der Dränage des Schußkanals kombiniert aus, um auch in den schwersten Fällen die Heilung anzubahnen. Die Erfolge sind um so besser, je früher der Eingriff vorgenommen wird. Es ergibt sich demnach die Indikation, bei queren oder schrägen Schüssen des Beckens, bei denen die Symptome auf eine Blasenverletzung hindeuten, ohne weitere Überlegung so frühzeitig als möglich die suprasymphysäre Dränage der Blase operativ durchzuführen.

Wagner (Leipzig).

IX. Augenheilkunde.

202. **Über Lues und Tabes vom ophthalmologischen Standpunkt**; von L. Heine. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 49. S. 1717.)

Entzündliche Papillenveränderungen und deren Folgezustände (Stauungspapille, Neuritis optici, neuritische Atrophie) sprechen für Lues gegen Tabes, doch können sich auch bei einem Tabiker noch syphilitische Reste oder ein syphilitisches Rezidiv finden. Auch kann ein Tabiker einen Hirntumor oder Schrumpfniere und daher entzündliche Optikusveränderungen erwerben, die mit der Tabes direkt nichts zu tun haben. Das Bild der einfachen Atrophie findet sich in 10—15% aller Tabesfälle, aber selten bei Lues. — Das typische Bild des klinischen Verlaufs der mit Erblindung endigenden tabischen Sehstörung ist gekennzeichnet: 1. durch den schleichenden Verlauf ohne Reizerscheinungen, 2. durch die primäre Schädigung des Farbensinnes, besonders des Rot- und Grünsinnes, in zweiter Linie des Gelb- und Blausinnes und letztens des Schwarz - Weiß - Sinnes einschließlich der Sehschärfe. Finden sich solche Störungen auf tabischer Grundlage, so ist stets der Optikus schon blaß, ist das nicht der Fall, so ist Lues wahrscheinlicher. Der Lichtsinn leidet *vor* allen Störungen, eilt auch der Optikusabblassung um Monate voraus und ist irreparabel bei Tabes. Läßt sich die Störung therapeutisch beeinflussen, so ist Lues wahrscheinlicher. — Exzentrische Gesichtsfelddefekte, bei denen die Grenzen für Weiß und Farben zusammenfallen, sind bei Tabes seltener als bei Lues; noch seltener sind mäßige oder starke konzentrische Einschränkungen ohne weitgehende Farbensinnstörungen in den erhaltenen Gesichtsfeldpartien. Bei Tabes sehr selten, bei Lues häufiger ist ein- und doppelseitiges zentrales Skotom; bei Tabes fehlen die bei Lues sehr häufigen Hemianopsien, bitemporale und homonyme. Aber natürlich kann ein Tabiker durch Apoplexie oder Thrombose eine Hemianopsie erwerben. Die Augenmuskellähmungen bei der Lues beruhen meist auf basalen Prozessen, während die tabischen Lähmungen meist als nukleäre aufzufassen sind. Für Lues charakteristisch ist die ein- und doppelseitige Okulomotoriusparese, ein- und doppelseitige Abduzensparese, basiläre Ophthalmoplegia totalis (einseitig und doppelseitig), auch komplette oder inkomplette Ophthalmoplegia interna. Bei Tabes häufiger sind die isolierten Lähmungen der äußeren Äste des Okulomotorius, die doppelseitige Ptosis mit Hebungslähmung, progressive Ophthalmoplegie unter Verschonung der inneren Augenmuskeln. — Die isolierte reflektorische Pupillenstarre kommt auch bei Lues vor, ist aber sehr viel seltener als bei Tabes.

Schoeler (Berlin).

203. **Kriegsblindenfürsorge**; von W. Feilchenfeld. (D. med. Woch. 1916. Nr. 13. S. 387.)

F. nimmt den von Silex ausgesprochenen Gedanken auf, daß in vielen großen industriellen Betrieben gewisse Beschäftigungen völlig von Blinden ausgeführt werden können und erweitert ihn dahin, daß damit nicht nur für die Kriegsblinden, sondern auch für die größere Zahl der in Deutschland lebenden Blinden eine Erwerbstätigkeit mit Aussicht auf Selbständigkeit geschaffen werden könnte. Silex hat in den königlichen Munitionsfabriken, im Feuerwerkslaboratorium und im Militärbekleidungsamt eine ganze Anzahl von Arbeiten ausfindig gemacht, die auch von Blinden geleistet werden können, wie z. B. das Einziehen von Patronen in Patronenrahmen, Einziehen von Patronen in Lederstreifen, Revidieren der Patronen auf festen Sitz der Geschosse und das Einstecken der Patronen in die Taschen des Patronengurts. Da von den 34 334 Blinden über 15 Jahre nur 21,6% beruflich tätig sind, so böte sich den übrigen damit eine gute Aussicht auf selbständiges Fortkommen.

Schoeler (Berlin).

204. **Augenbefunde bei Fleckfieber**; von A. Gutmann. (D. med. Woch. 1916. Nr. 50. S. 1538.)

Bei allen Patienten war eine venöse Stauung in der Bindehaut des Lides und bisweilen auch in der Augapfelbindehaut im Lidspaltenbezirk zu beobachten. In einigen Fällen bestand dabei eine dünnflüssige Absonderung. Die Netzhautarterien waren verschmälert, die Venen verbreitert. Pathologisch-anatomisch ließ sich eine für Fleckfieber typische Gefäßerkrankung feststellen. Es handelte sich um eine vom Endothel der Intima ausgehende zirkumskripte Wandererkrankung der Arteria centralis retinae. Bei weiterer Entwicklung hatten sich starke Zellanhäufungen in der Media, Adventitia und im benachbarten Bindegewebe gebildet, ebenso wie sie von Fränkel, Bauer, Benda und Ceelen in den Roseolen der Haut, in der Leber und besonders im Gehirn festgestellt worden sind.

Schoeler (Berlin).

205. **Sehstörungen bei Schädelverletzungen**; von Th. von Mutschenbacher. (D. med. Woch. 1916. Nr. 48. S. 1471.)

Bei kleinen Splittern im Auge oder bei Verletzungen der Orbita, bei denen der Bulbus erhalten ist, muß der Augenarzt über das Los des Augapfels entscheiden. Einen zertrümmerten Bulbus soll auch der Chirurg entfernen. — Die Stauungspapille findet sich immer bei Enzephalitis, häufig bei Knochenverletzungen des Schädels und noch häufiger bei Verletzungen der Dura. — M. schildert 2 Fälle von Hirnverletzungen mit Erblindung: 1. durch Durchschuß entstandene doppelseitige Cuneusverletzung und 2. Knochensplitter neben der Falx cerebri im Okzipitallappen — die durch Operation wieder zum Sehen gebracht werden konnten.

Schoeler (Berlin).

206. **Beiträge zur Kenntnis des Augenzitterns der Bergleute.** *Theoretisches* von Ohm. (Gräfes Archiv f. Ophthalm. Bd. 91. S. 325. 1916.)

Die vorliegende Arbeit schließt sich an die früheren O.s an, in denen er mit Hilfe graphischer Registrierung an großem Material Untersuchungen angestellt hat. O. faßt das Augenzittern der Bergleute als einen Erregungsvorgang auf, der von einer noch unbekannten Stelle im Labyrinth ausgeht (obschon der Nystagmus ein Pendelnystagmus ist, kein Rucknystagmus, wie sonst der labyrinthäre). Der periphere Reiz werde im zugehörigen Kerngebiet selbständig verarbeitet. Hat nämlich ein äußerer Anlaß (Blickhebung, Erschütterung, Dunkelheit) das Zittern ausgelöst, so bleibt es nach Ausschaltung des Anlasses noch weiter bestehen. Der Reizzustand entwickelt sich unter dem Einflusse äußerer Arbeitsbedingungen auf einer noch unbekannten inneren Grundlage. Der Tremor der Alkoholiker und der Alten soll ebenfalls vom Labyrinth herrühren.

Köllner (Würzburg).

207. **Heliophobia**; by F. Robbins. (New York med. Record 23. Dec. 1916. S. 1114.)

Die schädlichen Wirkungen des Sonnenlichtes auf das menschliche Auge werden gewöhnlich sehr über-

trieben. Das Auge kann sehr gut helles Licht vertragen. Doch kommt eine Hyperirritabilität der Retina vor, und zwar häufig bei hysterischen und neurasthenischen Personen. Eine förmliche Heliophobie findet sich nur bei ausgesprochenen Psychoneurotikern. Fischer-Defoy (Dresden).

208. **Die Veränderungen des Pupillen- und Gläserabstandes bei verschiedener Konvergenz der Augen**; von H. Lauber. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 91. S. 82. 1916.)

L. gibt eine genaue Tabelle für die Änderung des Pupillenabstandes bei der Konvergenz für verschiedene Entfernungen, um die Brillenverordnung zu erleichtern. Mit Recht weist er darauf hin, daß für die Nähe die Änderung des Pupillenabstandes erheblicher ist, als man im allgemeinen anzunehmen pflegt. Köllner (Würzburg).

209. **Über einen neuen Kornealreflex**; von W. Heinen. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 36. S. 1308.)

H. beobachtet bei tiefer Narkose, daß bei Berühren der Kornea nur eine Verkürzung der Lider in der Längsrichtung statthat. Er bezeichnet dies als den „kleinen Kornealreflex". Cordes (Berlin).

210. **Die Erfolge der Augapfelnaht und -deckung zur Erhaltung des Auges bei frischen Augapfelverletzungen**; von F. Krusius. (D. med. Woch. 1916. Nr. 48. S. 1469.)

Kr. rät dringend zur Naht der Lederhautwunden und zur Plastik mit Bindehautlappen möglichst bei allen Verletzungen des Auges nach Entfernung der Fremdkörper und Abtragung des Vorfalls. Eine Spätinjektion wird dadurch sicher vermieden. Ist eine Ausweitung des Augapfelinhalts notwendig, so ist sie zweckmäßig durch die Wunde vorzunehmen und die Hornhaut zu erhalten. Schoeler (Berlin).

211. **Conjunctivitis typhosa**; von L. Jankovich. (D. med. Woch. 1916. Nr. 47. S. 1443.)

Bei einem Arzt, dem nicht karbolisiertes Besredkasches Serum in den Bindehautsack gespritzt war, entwickelte sich eine leichte Konjunktivitis am folgenden Tage. Auf Drigalskischem Nährboden wucherten reine Typhuskolonien. Nach 4 Tagen waren die Typhusbazillen aus dem Bindehautsack geschwunden. Die Konjunktivitis heilte unter Borumschlägen und Kollyrium in wenigen Tagen. Nach 3wöchiger Inkubation erkrankte der Arzt an einem leichten Typhus, der aber auch durch das Hineingelangen von Typhusbazillen in den Mund und das Gesicht entstanden sein kann. Schoeler (Berlin).

212. **Beitrag zur Klinik des sogenannten Frühjahrskatarrhs (Conjunctivitis vernalis)**; von A. Botteri. (Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 15. S. 456.)

B. beobachtete, daß ausschließlich dunkelpigmentierte Individuen befallen waren. Einer der Patienten hatte 13 Jahre lang die Erkrankung nur am linken Auge gehabt. Unter den Augen B.s entwickelte sich dann das Leiden am anderen Auge. — Erwähnenswert ist noch die Tatsache, daß bei einem Kinde am Ende des ersten Lebensmonates die typischen Erscheinungen aufgetreten sein sollen. Das Kind stammte aus einer Familie, von welcher Glieder an Lymphomen und an Frühjahrskatarrh litten. Schoeler (Berlin).

213. **Experimenteller und klinischer Beitrag zur Frage der Aufhellbarkeit von Kalktrübungen der Hornhaut**; von Jickeli. (Gräfes Arch. f. Olphthalm. Bd. 91. S. 380. 1916.)

Bei Einwirkung von chemisch reinem Kalziumhydroxyd ließ sich die Entstehung einer Kalkverbindung der Hornhaut in nachweisbarer Menge nicht feststellen. Die von anderen beobachteten Kalkeinlagerungen könnte man eher als eingeheilte Fremdkörper auffassen, wie als chemische neue Verbindungen. Die durch viele Wochen fortgesetzte Behandlung der Hornhaut mit neutralem Ammonium tartaricum in $^1/_5$‰ Verdünnung hatte denn auch nicht den geringsten Erfolg. Wird Chlorammonium mit Weinsäure gemischt angewendet, so ist die Behandlung sogar nicht unbedenklich. Bei den Kalktrübungen der Hornhaut ist wahrscheinlich weniger den chemischen Veränderungen als den anatomischen eine ausschlaggebende Bedeutung beizumessen. Köllner (Würzburg).

214. **Ein Fall von spontaner Iriszyste mit pathologisch-anatomischen Befund**; von K. Böhm. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 56. S. 70. 1916.)

Es konnte der ganze Bulbus mit der Iriszyste untersucht werden nach der Enukleation. Auch dieser Fall gab keine bestimmte Auskunft über die Entstehungsursache der Zyste. Bemerkenswert war, daß das Auge an Glaukom erblindet war, was nach Pertsch bei diesen Fällen nicht zu erwarten ist. Schoeler (Berlin).

215. **Heilung der Iritis und anderer Augenerkrankungen durch parenterale Eiweißinjektionen**; von L. Müller und C. Thanner. (Med. Klin. 1916. Nr. 43. S. 1120.)

Nach den Vorschlägen von Weichard, Kraus, Kraus und Biedl, Lütke, Bessau, Otto Holler, Sachsl, Schmidt und R. Müller haben M. u. Th. als das beste erreichbare Eiweißpräparat die Milch gewählt, die sie in Mengen von 5 ccm in die Nates intramuskulär einspritzten. Die frische Vollmilch wurde 4 Minuten gekocht. In einer Woche wurden 3 Injektionen gemacht. Es traten lokale Schmerzhaftigkeit verschiedenen Grades und Temperatursteigerungen auf. Bei einem 56jährigen Mann traten Herzbeklemmungen auf, sonst wurden keine Komplikationen beobachtet. Die Einspritzungen beeinflußten in erstaunlich günstiger Weise den Verlauf von schweren tiefen Hornhautentzündungen. Schmerzen, Lichtscheu und die Trübungen schwanden überraschend schnell. Das gleiche günstige Ergebnis sahen sie bei Iritis. Glaskörpertrübungen entzündlicher Art schienen sich zu bessern, aber nicht in ausschlaggebender Weise. Sie hellten sich nicht völlig auf. Auch bei einer Blennorrhoea adultoris ging die Bindehautschwellung überraschend schnell nach der ersten Injektion zurück. — Die Wirkung war die gleiche, ob der Erkrankung Lues, Rheumatismus, Gonorrhöe oder andere Ursache zugrunde lag. Schoeler (Berlin).

216. **Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop: über die Bedeutung des Pigmentes für die Entstehung des primären Glaukoms und über die Glaukomfrühdiagnose mit der Gullstrandschen Nernstspaltlampe.** (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 92. H. 3. S. 341. 1916.)

Die Untersuchung Glaukomatöser und zu Glaukom Disponierter mit Nernstspaltlampe und Hornhautmikroskop ergab mit großer Häufigkeit in Vorderkammer und in die Iris eingelagert staubförmig ver-

teiltes schwarzbraunes Pigmentmaterial. Von letzterem meint K., daß es von dem Pigmentepithel her auf dem Lymphwege durch die Iris hindurch transportiert wird und sich in der Gegend der vorderen Grenzschicht ansammelt. Für die Entstehung des Glaukoms mißt K. diesem Pigmentstaub eine hohe Bedeutung bei, wie es ja auch schon früher mit Hinblick auf experimentelle Glaukome und mikroskopische Untersuchungsbefunde geschehen ist, indem die abführenden Lymphwege und Saftspalten (auch der Iris mißt K. als abführenden Weg viel Bedeutung bei) durch das Pigment verstopft werden.

Köllner (Würzburg).

217. **Incipient systemic disturbances as shown by ocular signs;** by E. W. Alexander. (Calif. State Journ. of Med. Dec. 1916. S. 478.)

Eine größere Zusammenarbeit von Ophthalmologen und Internen ist erforderlich. Bei jeder Chorioditis disseminata ist auch bei negativem Wassermann eine spezifische Kur einzuleiten. Selbst wenn Eiweiß nur in Spuren im Urin, und der Blutdruck nicht sehr hoch, ist bei Netzhautblutung unbedingt Bettruhe erforderlich. Auf Dekompression muß bestanden werden, wenn ein Papillödema mit Rundzelleninfiltration vorhanden ist, auch bevor ein Gehirntumor diagnostiziert ist. Fischer-Defoy (Dresden).

218. **Gumma der Aderhaut;** von R. Hanssen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 56. S. 66. 1916.)

Dicht unterhalb der Makula, sie zum Teil einschließend ein grauweißer, in den Glaskörper leicht vorspringender, gegen die Umgebung nicht scharf, aber doch mit dunklerer Randzone gut abgegrenzter Herd von etwa Papillengröße. Feine Netzhautgefäße lassen sich auf dem Herd verfolgen. Etwas temporalwärts kleine klumpige Blutung, Wassermann positiv. Lues hereditaria. Trotz energischer antiluetischer Kur kein Erfolg. Auf Tuberkulin keine Reaktion. Bei der serologischen Prüfung nach Abderhalden war das Resultat auf Sarkom einmal positiv, einmal zweifelhaft. Bestrahlungen mit Röntgenstrahlen ohne Erfolg. Bei der Durchleuchtung mit Hertzellscher Lampe war der Herd gut durchleuchtbar. Ständig Photopsien Schließlich Enukleation. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Gumma, das von der Aderhaut ausgegangen war. Schoeler (Berlin).

219. **Optochin-Amaurose;** von L. Loránt. (D. med. Woch. 1916. Nr. 44. S. 1355.)

Nach 20 Dosen Optochin. hydrochloric. 0.2 g 2stündlich genommen trat bei einer 40jährigen, kräftigen, gesunden Frau Ertaubung ein, die wieder zurückging, und unheilbare Amaurose.

Schoeler (Berlin).

220. **Über die Erkennbarkeit optischer Figuren bei gleichem Netzhautbild und verschiedener scheinbarer Größe;** von Jakobsson. (Zeitschr. f. Psych. Bd. 77. H. 1 u. 2. S. 1. 1916.)

Eingehende Untersuchungen bei sorgfältiger Kritik der Versuchsanordnung bestätigten die Tatsache, daß die Sehschärfe nicht einfach an der Gesichtswinkelgröße ohne Rücksicht auf die Entfernung des Objektes ablesbar ist; vielmehr sind im allgemeinen die kleineren und nahen Figuren leichter zu erkennen, als die großen unter gleichem Gesichtswinkel erscheinenden. Individuelle Variationen sind erheblich. Über die Erklärung verbreitet sich J. ausführlich und unterwirft die Theorien einer Kritik. Am wahrscheinlichsten erscheint ihm eine rein physiologische Entstehung, nämlich eine hypothetische verschieden ausgedehnte Irradiation der Erregungsvorgänge innerhalb der Sehstrahlung unter dem Einflusse der Konvergenz.

Köllner (Würzburg).

221. **Über die objektive skioskopische Methode zur Bestimmung der Akkommodationsbreite und ihre Verwendung für Theorie und Praxis;** von Seidel. (Gräfes Arch. f. Ophthalm. Bd. 91. S. 393. 1916.)

S. bestimmt die Akkommodationsbreite objektiv mit Hilfe der Schattenprobe, indem er den Patienten auffordert, die Spitze des Zeigefingers, der in der Medianebene dicht vor das Auge senkrecht gehalten wird, mit beiden Augen fest anzusehen. Es wird in 60 cm Entfernung mit dem Planspiegel skioskopiert. Die Methode ist in vielen Fällen der bisher gebräuchlichen subjektiven überlegen. Köllner (Würzburg).

222. **Der Nachweis von Hemeralopie durch das Farbengesichtsfeld nebst Angabe eines Feldperimeters;** von Jess. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 43. S. 153.).

Die Mehrzahl der Nachtblinden hatten diese Störung von Geburt her, einige hatten sie vor dem Kriege erworben, sehr wenige sie im Felde bekommen. Sowohl die Leuchtuhr, wie das Adaptometer von Wessely versagen gegenüber geschickter Simulation. J. untersuchte das Farbengesichtsfeld. Schon Krienes hatte 1894 festgestellt, daß bei Nachtblinden, die Blaugrenze eine Einschränkung erfahren kann. J. fand, daß die Gelbgrenze bei Hemeralopen enger war als die für Rot. In schweren Fällen war dabei auch die Blaugrenze deutlich eingerückt, in vielen Fällen wird aber Blau noch auffallend weit peripher erkannt, wenn die Gelbgrenze bereits überall von der Rotgrenze übertroffen wird. — Das dazu notwendige Perimeter hat sich J. von der Firma *Schmittgall* in Gießen für 50 Mark feldmäßig herrichten lassen. Schoeler (Berlin).

223. **Ein objektives Symptom zur Prüfung der Nachtblindheit;** von H. Feilchenfeld. (Berl. klin. Woch. 1916. Nr. 44. S. 1195.)

F. erinnert daran, daß er mit Abelsdorff 1903 festgestellt habe, daß dunkeladaptierte Augen eine wesentlich lebhaftere Lichtreaktion der Pupillen haben als helladaptierte, und daß ein Auge nach Dunkelaufenthalt Pupillenreaktion noch bei einem Lichtreiz aufweist, der zu schwach war, vor dem Dunkelaufenthalt die Reaktion auszulösen. Bei Hemeralopie, wenn die Adaptationsfähigkeit für Licht gelitten hat, hat nach seiner Beobachtung auch die Adaptationsfähigkeit für die Lichtreaktion der Pupille gelitten. Es findet sich keine Herabsetzung der Lichtschwelle für Pupillenreaktion bei Nachtblinden nach einstündigem Dunkelaufenthalt, sondern die Pupillarreaktion bleibt so träge wie im Anfang. Schoeler (Berlin).

224. **Über Argaldin in der Augenheilkunde.** *Zugleich ein Beitrag zu dem Versuch einer antagonistischen Therapie;* von Th. Paradies. (Med. Klin. 1916. Nr. 50. S. 1313.)

P. sah gute Erfolge bei akuter Konjunktivitis, die er erst mit 2proz. Argentum nitricum-Lösung geätzt hatte, wenn er nach Eintritt des subakuten Stadiums 5proz. Dioninlösung und einige Minuten später $^1/_2$—1proz. Argaldinlösung einträufelte. Argaldin ist eine organische Silberverbindung, die mit tierischem Gewebe zusammengebracht, Formaldehyd entwickelt. Es wirkt angeblich desinfizierend, adstringierend und bakterizid. Schoeler (Berlin).

C. Bücherbesprechungen.

1. **Kompendium der inneren Medizin für Studierende und Ärzte;** von O. Dornblüth. 7. Aufl. Leipzig 1917. Veit & Co. XVI u. 688 S. mit zahlreichen Abb. im Text. (Geb. 10 Mk. 80 Pf.)

Das D.sche Kompendium, das vor 25 Jahren zum erstenmal erschien, hat nunmehr in 7. Auflage die Presse verlassen, ein Zeichen seiner Beliebtheit und Brauchbarkeit. Der Inhalt ist weitgehender, als der kurze Titel besagt: neben der eigentlichen inneren Medizin finden wir auch andere Abschnitte behandelt: Erkrankungen der Säuglinge, Gynäkologie, Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane, Krankheiten des Nervensystems, Hautkrankheiten und ein kurzer Überblick der Vergiftungen. Bei den einzelnen Kapiteln ist besonderer Wert darauf gelegt, das Wichtigste klar und knapp herauszuarbeiten und die Schwierigkeiten nicht etwa zu umgehen, wie es vielfach in Kompendien geschieht. Jedem Abschnitt sind diagnostische und physiopathologische Bemerkungen vorausgeschickt, die den Leser zu weiteren spezialistischen Studien anregen sollen. Während unwichtige Krankheitsbilder in gekürzter Form behandelt werden, sind wichtige Erkrankungen (Tuberkulose, Syphilis, Typhus, Säuglingskrankheiten usw.) ausführlich besprochen. Von praktischem Werte sind auch die zahlreichen Rezeptvorschriften am Schluß. — Sicherlich wird auch die vorliegende Auflage den ihr zugedachten Zweck voll und ganz erfüllen!

Bachem (Bonn).

2. **Therapeutisches Jahrbuch;** von E. Nitzelnadel. 25. Jahrgang. Wien u. Leipzig 1917. F. Deuticke. X u. 349 S. (Geb. 7 Mk. 50 Pf.)

Dieses bekannte Büchlein, das kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben der deutschen Literatur enthält, umfaßt die Jahrgänge 1914 und 1915. Es ist sehr zu begrüßen, daß das Werkchen sein Erscheinen auch während des Krieges fortgesetzt hat; denn gerade jetzt tut eine schnelle Orientierung auf therapeutischem Gebiet den meisten Ärzten not. Neben vielen diagnostischen und therapeutischen Berichten finden wir auch einen besonderen Abschnitt „Kriegsseuchen" und „Wundinfektionskrankheiten". Der 2. Teil, der die neueren Arzneimittel enthält, bringt zahlreiche Referate über etwa 120 neuere Präparate. — Am Schlusse ist diesmal ein Generalregister der bisher erschienenen 25 Bändchen, nach Diagnostik, Therapie und Arzneimitteln geordnet, aufgenommen. Bachem (Bonn).

3. **Der Pockenschutz des deutschen Volkes;** von H. A. Gins. Berlin 1917. Rich. Schoetz. 169 S. Mit 6 Abb. auf 3 Tafeln. (5 Mk.)

G. möchte gern allen, die sich öffentlich mit der Impffrage zu beschäftigen haben, auch die hierzu nötigen Kenntnisse, die recht oft vermißt werden, verschaffen. Der interessierte Laie kann in seinem Buche mancherlei finden, was zum Verständnis der Pockenseuche und ihrer Verbreitung und zur wissenschaftlichen Würdigung der Impfung unbedingt notwendig ist. Neben altem, hinlänglich bekanntem Material ist auch neues beigebracht; die im besetzten Polen gemachten Erfahrungen sind verwertet.

Fischer-Defoy (Dresden).

4. **Lehrbuch der Kriegschirurgie;** herausgegeben von August Borchard und Victor Schmieden. Leipzig 1917. J. Ambr. Barth. XVI u. 688 S. mit 429 Abb. (Geb. 32 Mk.)

Die Literatur der Kriegschirurgie in diesem Weltkriege ist zu einem enormen Umfange angewachsen. In sämtlichen medizinischen Zeitschriften sowie selbstredend in den chirurgischen Fachzeitschriften ist eine Unsumme Einzelerfahrungen niedergelegt, aber an einer einheitlichen Zusammenfassung in gesichteter Form hat es bisher immer gefehlt. Wollte man sich über irgend ein Kapitel der Kriegschirurgie genauer orientieren, so mußte man eine große Zahl von Aufsätzen in den verschiedensten Zeitschriften studieren, vorausgesetzt, daß einem die Literatur überhaupt zur Verfügung stand. Es war daher ein überaus glücklicher Gedanke und eine dankenswerte Tat der Herausgeber, in Form eines ausführlichen Lehrbuches die bisherigen Ergebnisse der Kriegschirurgie zusammenzufassen. Eine größere Anzahl namhafter Mitarbeiter hat den Herausgebern zur Seite gestanden, und so ein Werk geschaffen, auf das die deutsche Chirurgie mit Recht stolz sein kann. Der Umstand, daß fast alle Autoren die Kriegschirurgie aus eigener Erfahrung an der Front kennen, verbürgt dafür, daß das Buch seinen Hauptzweck, dem Feldarzt und dem Kriegschirurgen in der Heimat ein praktischer Berater zu sein, vollauf erfüllen wird.

Es kann nicht im Rahmen dieses Referates liegen, Einzelheiten zu bringen, es soll nur ganz kurz angedeutet werden, was alles im Werk geboten wird. Zunächst bespricht Härtel die allgemeine Technik der Kriegschirurgie, wobei besonders Rücksicht auf die primitiven Verhältnisse im Felde genommen ist. Borst bringt sodann ein Kapitel über die Einwirkung der Schußverwundungen, und sonstigen Kriegsbeschädigungen auf die einzelnen Körpergewebe, wobei die Schußverletzungen des Schädels und der Brust besonders ausführlich besprochen werden. Die erste Behandlung der Kriegswunden bespricht Stieda, zunächst von allgemeinen Gesichtspunkten aus, um sodann kurz die spezielle Behandlung der einzelnen Organe und Körperteile zu streifen. Marwedel behandelt das wichtige Kapitel über das steckengebliebene Geschoß. Der Hauptpunkt ist hierbei die rechte Indikationsstellung zur Entfernung von Steckschüssen, womit unseres Erachtens manche Chirurgen und zumal Nichtchirurgen noch viel zu freigiebig sind. Die Wundinfektionskrankheiten sind von Kirschner beschrieben. Als wichtigstes Kapitel hieraus seien die Ausführungen über Gasinfektion erwähnt, welche eine ausführliche ätiologische, klinische und therapeutische Darstellung erfahren haben. Röpke behandelt die allgemeine Amputationslehre, sowie die spezielle Unterbindungslehre; Stich die Gefäßverletzungen und deren Folgezustände; naturgemäß nimmt das aktuelle Kapitel über Aneurysmen einen breiten Raum ein. Die Nervenverletzungen bespricht in klarer Weise Perthes; Coenen den Transport usw. der Verwundeten, Dreyer die sehr wichtige allgemeine und physische Nachbehandlung.

In einem 2. speziellen Teil werden sodann die Verletzungen der einzelnen Organe behandelt. Die Kriegsschußverletzungen des Hirnschädels erfahren eine sehr eingehende Darstellung von Axhausen und Kramer; auf Einzelheiten des sehr lehrreichen Kapitels kann nicht eingegangen werden. Weitere

Beiträge stammen von Rost, über Verletzungen von Gesicht und Mundhöhle, von Wessely über die Augenverletzungen, sowie von Hinsberg über Ohren, Nase und Nebenhöhlen. Das wichtige Kapitel über die Kieferverletzungen behandelt Schröder; Gulecke die Halsverletzungen; Borchard und Gerhardt in ausführlicher Weise die Verletzungen der Brustorgane. Schmieden bespricht in sehr anschaulicher Weise die Bauchverletzungen; Küttner und Melchior die Verletzungen der Harn- und Geschlechtsorgane. Weitere Beiträge stammen von Anschütz und Kappis (obere Extremitäten), König und Hagemann (untere Extremitäten). Heinecke (Wirbelsäule und Rückenmark).

Bei der durchweg knappen und doch ausführlichsten Darstellungsweise wird eine Fülle von Erfahrungen gebracht, so daß das Buch so recht ein Handbuch für den Kriegschirurgen werden wird.

Gewisse Wiederholungen finden sich naturgemäß, sind jedoch in Anbetracht der zahlreichen Mitarbeiter gering. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

5. **Die Geisteskrankheiten des Kindesalters einschließlich des Schwachsinns und der psychopathischen Konstitutionen**; von Th. Ziehen. 1. Hälfte 1915, 2. Hälfte 1917. Berlin. Reutter u. Reichard. 216 S. mit 26 Abb. u. 491 S. mit 27 Abb. (1. Bd. 6 Mk. 50 Pf.; 2. Bd. 11 Mk. 50 Pf.)

Was Ref. bei der Besprechung des 1. Bandes dieses ganz hervorragenden Werkes ausgesprochen hat, kann er auch für den 2. nur wiederholen. Die ärztliche Welt, insbesondere aber die Kinderheilkunde ist Z. zu großem Dank für diese schöne Arbeit verpflichtet. Ein Pädiater auch von universeller Bildung wäre dazu gar nicht imstande gewesen, schon aus Mangel an ausreichendem Material. Und wie wichtig sind die behandelten Dinge doch gerade für ihn, namentlich auch im Hinblick auf die vielfach in seinen Händen liegende Fürsorge. Z. hat es in glücklichster Weise verstanden, den Stoff für diejenigen verständlich darzustellen, welche über eine spezielle psychiatrische Bildung nicht verfügen. Der Wert der Darstellung gewinnt noch erheblich durch die Mitteilung sorgfältiger in den Text eingestreuter Krankengeschichten. In der ersten Hälfte werden die Defektpsychosen, in der zweiten die Psychosen ohne Intelligenzdefekte abgehandelt.

Das Buch ist nicht nur für Ärzte, sondern auch für heilpädagogisch tätige Lehrer bestimmt. Ob es für diese nicht ein zu großes Maß medizinischer Kenntnisse voraussetzt, möchte Ref. unentschieden lassen. Brückner (Dresden).

6. **Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten**; von E. Hoffmann. [Abdruck aus der Therapie an den Bonner Kliniken, 2. Auflage.] Bonn 1917. A. Marcus & E. Webers Verlag. S. 528—656. (Brosch. 3 Mk. 60 Pf., geb. 5 Mk.)

In kurzer prägnanter, überaus klarer Weise beginnt H. mit einer Darstellung der Grundlagen der dermatotherapeutischen Methodik. Die Schilderung der Anwendung von Streupulvern, wässerigen, spirituösen und anderen Lösungen, von Ölen, Salben, Pasten, Trockenpinselungen, Firnissen und Leimen, von Pflastern, Seifen, Waschungen und Bädern, von Verbänden wird in wirkungsvoller Art durch die Hinzufügung zahlreicher besonders empfehlenswerter Rezepte unterstützt. So kurz das Kapitel der physikalischen Behandlungsmethoden (Kohlensäureschnee, Elektrolyse, Strahlenbehandlung, Hochfrequenz und Diathermie) abgehandelt ist, so gelingt es doch auf Grund des Mitgeteilten, einen ausreichenden Eindruck von der Handhabung derselben seitens H.s zu gewinnen. Es folgt ein Überblick über die wichtigsten inneren und subkutanen Heilmittel. — Der zweite Hauptteil umfaßt die spezielle Dermatologie in bezug auf Diagnose und Therapie. Der Anfänger kann sich auf Grund detaillierter Angaben spezieller Heilmethoden bei vorhandener klinischer Grundlage wertvollen Rat bei praktischer Betätigung erholen und auch der Fachmann wird manchen wertvollen Fingerzeig für sein therapeutisches Handeln dem Dargebotenen entnehmen, mindestens aber erfreuliche Übereinstimmung darin feststellen können. In einem dritten Hauptteil wird namentlich die Luestherapie in sehr instruktiver Weise abgehandelt, ohne daß etwa Ulcus molle und Gonorrhöe des Mannes und der Frau nicht ebenfalls genügend klar dargestellt wären. — Der Versuch einer Verdeutschung der dermotologischen Nomenklatur wird ja von H. selbst nur als ein Versuch bezeichnet und ist als solcher gewiß interessant, ob praktisch durchführbar, bleibe dahingestellt. Riecke (Göttingen).

7. **Die Körperpflege der Frau**; von C. H. Stratz. 4. Aufl. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 380 S. mit 2 Tafeln u. 119 Textabb. (Brosch. 12 Mk., geb. 14 Mk.)

Nachdem das bekannte Buch eine Zeitlang vergriffen war, ist es gerade in der gegenwärtigen Zeit freudig zu begrüßen, daß sich Verf. und Verleger zu einem Neudruck entschlossen haben. Ein gesundes, schönes und starkes, zur Gattin und Mutter geschaffenes Weib soll das Weib der Zukunft sein; dieses Weib schaffen zu helfen, ist der Zweck des Buches, dem eine besondere Empfehlung an dieser Stelle nicht nottut. Klien (Leipzig).

8. **Leitfaden für medizinisch-chemische Kurse**; von A. Kossel. 7. Aufl. Berlin 1917. Fischers med. Buchh. VI u. 85 S. (Brosch. 2 Mk. 50 Pf.)

Das Büchlein, dessen Einteilung als bekannt vorausgesetzt werden darf, bringt in einer auch dem Anfänger verständlichen Form neben den wichtigsten Reaktionen anorganischer Präparate auch zahlreiche „physiologische Übungen“, insbesondere Darstellung und Nachweis vieler im Tierkörper sich vorfindender organischer Stoffe. Dem Studierenden wird das Verständnis für chemische Analysen erleichtert durch die Anfügung der bekannten Tabellen der Gruppenreagentien der anorganischen Chemie.

Für chemisch-physiologische Kurse dürfte dieser Leitfaden dem jungen Mediziner ein willkommener Genosse auf dem Laboratoriumstisch sein. Bachem (Bonn).

9. **Freundschaft und Sexualität**; von S. Placzek. 3., wieder erweiterte Auflage. Bonn 1917. A. Marcus & E. Webers Verlag. 103 S. (2 Mk.)

Das Büchlein P.s, das ursprünglich auf einem Aufsatz in der Zeitschrift für Sexualwissenschaft beruhte, konnte innerhalb kurzer Zeit schon in dritter, wesentlich vermehrter Auflage erscheinen, woraus auf das große Interesse geschlossen werden kann, das den erörterten Fragen entgegengebracht wird. Jolly (Halle).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

85. JAHRGANG BAND 327 HEFT 2
FEBRUAR 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 327 | Februar 1918

A. Originalabhandlungen und Übersichten.

Malaria[1].

Referat über die neueste Literatur.

Von

San.-Rat Dr. **Bresler**

in Lüben in Schlesien.

Einen *allgemeinen Überblick* über unsere Kenntnis der M (Wechselfieber, Sumpffieber, kaltes Fieber) nebst eigenen Erfahrungen geben W. Zweig und J. Matko (*Die Diagnose und Therapie der M,* Wien. klin. Woch. 1916. 30. Nov. Nr. 48), woraus Orientierendes vorangeschickt sei. Es gibt 3 Arten M-Parasiten: 1. T-Parasit, Plasmodium vivax, mit 48stündiger Entwicklungsdauer; 2. Q-Parasit, Plasmodium malariae, mit 72stündiger Entwicklungsdauer; 3. Tr-Parasit, Plasmodium immaculatum. Sie vermehren sich ungeschlechtlich (Schizogonie) und geschlechtlich (Sporogonie). Durch den Mückenstich wird in das menschliche Blut der Sporozoit eingeimpft, ein längliches Körperchen, aus Protoplasma und etwas zentraler Kernsubstanz bestehend. In die roten Blutkörperchen gelangt, entwickelt es sich zu dem durch Siegelringform gekennzeichneten Schizonten und wird auf Kosten des Blutfarbstoffes zum halberwachsenen und erwachsenen Schizonten, welch letzterer aus einem bei Giemsa-Färbung reichlichen blauen Protoplasma, rotem Chromatin, feinem, gleichmäßig verteiltem Pigment und Vakuolen besteht und sich nun teilt, indem das Chromatin nach Art einer Mitose in 8—32 Teilkernchen zerfällt, das Pigment sich in Klumpen in einem Restkörper des Protoplasmas nach der Mitte hin ansammelt. Unter Zerfall der Teilungsform in ebensoviele Sprößlinge, Merozoiten, endet die ungeschlechtliche Vermehrung. Mit diesem ungeschlechtlichen Teilungsprozeß beginnt jedesmal der eigentliche Fieberanfall. Aus einem Teil der Merozoiten entstehen die geschlechtlichen Formen, die Gameten, die weiblichen, Makrogameten, mit tiefblauem Protoplasma, die männlichen, Mikrogameten, kleiner, mit großem Kern und blassem Protoplasma. Die Gameten der Tr haben Halbmondform. Die Gameten, welche sich im Menschen monatelang erhalten können, erzeugen keinen Fieberanfall. Indem weibliche Stechmücken (der Gattung Anopheles — zu deutsch: der Nichtsnutzige; das Männchen nährt sich von vegetabilischen Säften) mit dem Rüssel mit Gameten infiziertes Menschenblut saugen, gelangen letztere in den Mückenmagen. Hier findet die Befruchtung der Makrogameten durch Mikrogameten statt, während die Merozoiten untergehen. Nur gametenhaltiges Menschenblut ist für die Mücke infektiös. Der Mensch ist die einzige Infektionsquelle für die Mücken. Aus dem befruchteten Makrogameten entsteht der würmchenförmige, amöboide Ookinet, der sich an der Außenwand des Mückenmagens zu einer Zyste verwandelt. Aus der gereiften, platzenden Zyste entleeren sich zahllose sichelförmige Keime, Sporozoiten. Diese dringen in die Speicheldrüse der Mücke und von hier beim Stich der Mücke in das Blut des Menschen. Die Inkubation dauert bei T und Q 10—14, bei Tr etwa 6 Tage. Während des dem Fieberanfall vorangehenden 1—2stündigen Frostes treten die Teilungsformen auf; bei Tr fast stets in den inneren Organen, nicht im peripheren Blut. Das Fieber selbst fällt bei T und Q nach 4—8 Stunden kritisch ab, bei Tr kann es noch 16—36 Stunden lang hoch bleiben. Während des Hitzestadiums treten bei allen 3 M-Arten die jungen Ringe auf. In dem darauffolgenden Schwitzstadium bestehen subfebrile Temperaturen und im Blut ausgebildete Ringformen. Bei T ist 1 Tag Fieber, 1 Tag Pause, 1 Tag Fieber, bei Q 1 Tag Fieber, 2 Tage Pause, 1 Tag Fieber, bei Tr ist meist T-Verlauf mit Unregelmäßigkeit der Fieberkurve, oft tägliche Temperatursteigerungen. Unter M-Sepsis versteht man Verlauf unter schwerer Störung des Allgemeinbefindens, hochgradiger Abmagerung und Blutarmut, lange dauernden subfebrilen Temperaturen, schweren Schädigungen des mikroskopischen Blutbildes; dabei im Blut selten Parasiten, sehr häufig Gameten der T, als auch Tr. — Es kommen Temperatursteigerungen bis 37,8° ohne Schüttelfrost und ohne Parasiten im Blut vor, während der Nochtschen Ch-Kur und sogar an chininfreien Tagen. Daher müssen alle Fälle mit nicht ganz aufgeklärtem Fieber aus M-Gegenden *wiederholt* auf M-Parasiten untersucht werden und zu verschiedenen Tageszeiten; auch Fälle mit leichter Bronchitis, Darmkatarrh, rheumatischen Schmerzen. Von Plasmodium vivax befallene rote Blutkörperchen vergrößern sich bis auf das Doppelte und verblassen infolge Hämoglobinverlustes. In ihrem Stroma treten — für den T-Parasiten charakteristisch — braunrötliche Punkte (Schüffnersche Tüpfelung) auf, ferner Polychromasie und basophile Granulierung. Q-Parasit hat nur sehr geringen Einfluß auf die roten Blutkörperchen; des-

[1]) *Abkürzungen:* M = Malaria, T = Tertiana, Q = Quartana, Tr = Tropika, Ch = Chinin.

gleichen Tr-Ring und junger Halbmond, selten bewirkt er Verkleinerung. Die dem erwachsenen Halbmond anhaftenden roten Blutkörperchen sind stets verblaßt und nur an dem Umriß der Protoplasmahülle erkennbar. An diesen Halbmonden fand sich meist ein feiner, mit Eosin färbbarer Saum. Die nach Maurer für Tr charakteristische Perniziosafleckung der roten Blutkörperchen — kupferrote Verfärbung derselben, azurophile, purpurrote Fleckchen, Ringelchen usw. in ihnen — konnten Zweig und Matko nicht finden. An roten Blutkörperchen, die keine Parasiten einschließen, wurde gefunden Verblassung, Poikilozytose, Größenunterschiede, Polychromasie, Punktierung, Normoblasten, Jollykörper. Die *Polychromatophilen* wechseln beim einzelnen Fall in Zahl, Größe und Färbung mannigfaltig und unregelmäßig und selbst innerhalb der verschiedenen Tageszeiten; oft, besonders zu Beginn einer energischen Ch-Kur, haben sie ein feines Balkennetz, das in einem exzentrischen Kern zusammenläuft; sie schwinden meist aus dem Blut. *Polychromasie* ist bei T seltener als bei Tr. Bei dieser, aber auch nicht selten bei T und Q, trat schwere Polychromasie bei Fällen auf, die 8—10 Tage täglich gefiebert, und nicht oder mangelhaft prophylaktisch oder therapeutisch Ch erhalten hatten. Von Menge und Art der im Blut befindlichen Parasiten ist die Polychromasie völlig unabhängig; es kamen schwerste Formen von T und Tr vor, bei denen die roten Blutkörperchen nicht wesentlich verändert waren. Andererseits nahm bei T und Q die Polychromasie unabhängig von Art und Stärke der Ch-Kur ab; bei Fällen von Tr nahm sie unter forcierter Ch-Behandlung zu oder blieb bestehen, bei einigen entstand sie während derselben; nach Verlassen der forcierten Ch-Behandlung schwanden diese Blutveränderungen. Körnig-basophile Veränderungen, meist deutlich erkennbare Punkte, treten ebenfalls sehr regellos auf; diese Punktierung ist auch unabhängig von der Zeit des Fieberanfalls. Bei T war sie von der Behandlung unabhängig, bei Tr schien sie nach Forcierung der Ch-Therapie gehäufter aufzutreten. Die Blutplättchen waren bei T im Fieberanfall vermindert, später kehrten sie wieder; ähnlich war es bei Tr. Auch Sphären wurden angetroffen, doch höchst selten. Über das Verhalten der weißen Blutkörperchen berichten die Verff. an anderer Stelle. Phagozyten wurden wiederholt angetroffen. *Klinisch:* subikterische Blässe. Im akuten Anfall vergrößerte, schmerzhafte Milz, noch jahrelang nach Überstehen der M fortdauernd. Leber meist vergrößert und druckempfindlich, in schweren Fällen Gallenstauung, Gelbsucht (Febris biliosa). Oft Lungenkatarrh. Lungenentzündung kam einmal vor. Sehr oft Durchfälle; in einem Fall schleimig-blutige (M-Ruhr), durch Ch zum Schwinden gebracht, daneben kapillare Hautblutungen. Einmal akute, hämorrhagische Nephritis. Im Harn oft Aldehydreaktion, Harn dunkelbraun. Oft Herpes labialis. Zuweilen — infolge Verstopfung der Hirnkapillaren oder Wirkung des M-Giftes — nervöse und psychische Störungen, Unorientiertheit, Halluzinationen, einmal wurden Krämpfe beobachtet. Augenhintergrund in allen Fällen normal —

In Italien besteht Staatsmonopol für Ch; es wird den Arbeitern auf Kosten der Arbeitgeber unentgeltlich abgegeben; die Einnahmen werden zur Sanierung der M-Gegenden verwendet; M gilt als Unfallkrankheit. Die Prophylaxe im italienischen Heere verminderte die Erkrankungen von 5% im J. 1900 auf 5‰ im J. 1910. Die 4 Arten der Prophylaxe haben gleich gute Resultate: 1. jeden 5. Tag 1 g (Plehn), 2. jeden 6. bis 7. Tag 1 g (Koch), 3. jeden 4. Tag 0,5 g, 4. jeden 4. Tag 0,4 g Ch. Es muß prophylaktisch noch einen Monat nach Verlassen der M-Gegend weiter gegeben werden. Bei Zweig und Matko wurden 0,2—0,3 g täglich gegeben, doch halten sie das für unzureichend; allerdings wirken in vielen Fällen von Tr auch größere Dosen nicht prophylaktisch. In 9 Fällen blieb nach einem einzigen M-Anfall mit Parasiten im Blut ohne jede Behandlung ein zweiter trotz mehrwöchiger Beobachtung aus, wahrscheinlich vermöge natürlicher Schutzstoffe bei geringer Schwere der Infektion. Zweig und Matko begannen sofort nach gestellter Diagnose mit Ch, und zwar bei innerer Anwendung genau nach dem Nochtschen Schema: während 10 Tagen täglich 5mal 0,2 g Ch bisulfuricum, 2stündlich, von früh 6 Uhr bis mittags 2 Uhr. Dann 3 Tage kein Ch, 2 Tage 5mal 0,2, 4 Tage Pause, 2 Tage Ch, 5 Tage Pause, 2 Tage Ch usw. bis 8 Tage Pause. Fortsetzung dieser Kur 2 Monate; sie darf unter keinen Umständen unterbrochen werden. Bei intravenöser Zufuhr größerer Dosen von Ch (Ch bisulfuricum 6,0, Natr. chlorat. 3,0, Aqu. dest. 30; 3—5 ccm in die Armvene, bei schweren Fällen bis 7 ccm = 1,4 g Ch) wurden einige Male bedrohliche Nebenwirkungen beobachtet; bei schweren Fällen von Tr auch schon nach 3 ccm. Zweig und Matko sagen im allgemeinen von den intravenösen Ch-Injektionen bei Tr: 1. daß das Ch auch in Dosen von 1,2—1,4 g, selbst mehrmals injiziert, die Halbmonde vollkommen unberührt läßt und auch die Zahl nicht vermindert; 2. die Injektion stets raschen Temperaturabfall hervorruft, wonach die Temperatur entweder niedrig bleibt oder von neuem steigt; die Parasiten können aber auch bei normaler Temperatur im Blut bestehen bleiben; 3. in wenigen Fällen die Temperatur niedrig bleibt und die Parasiten verschwinden; 4. in jedem Falle nach der Injektion das Allgemeinbefinden sich überraschend günstig gestaltet. In einem Falle von Tr blieben die Parasiten selbst nach 7maliger Injektion großer Dosen der Ch-Lösung stets nachweisbar. Bei T traten unter 8 Fällen in 3 nach der Injektion Rezidive mit zahlreichen Parasiten im Blut auf. Nach Nochtscher Ch-Behandlung — es wurde *Pulverform* den Tabletten vorgezogen, da diese hart und unlöslich sind, so daß sie unverändert im Stuhl abgehen — waren in 30 Fällen von T weder Parasiten im Blut noch trat Rezidiv auf. Mit kombinierter intravenöser und Nochtscher Behandlung wurden selbst schwere, refraktäre Tr-Fälle geheilt, die Parasiten schwanden, Rezidive blieben aus. — Rezidive lassen sich nur durch wochen- oder monatelange Behandlung verhindern. Bei einigen Fällen von Tr hatten ausgedehnte Nochtsche und intravenöse Behandlung keine Wirkung auf die Parasiten. — Erst wenn nach wenigstens 2 Monate fortgesetzter Ch-Kur die Temperatur dauernd normal geblieben, auch nie um nur einige Zehntel über 37° gestiegen ist und Parasiten nicht nachweisbar gewesen sind, ist Rezidiv unwahrscheinlich; doch kommen Ausnahmen und Überraschungen vor. Personen mit Gameten im Blut sind wie Bazillenträger bis zum dauernden Wegbleiben der Gameten im Spital zu behandeln. Milztumor ist für die Frage, ob definitive Heilung, nicht ausschlaggebend, da er noch jahrelang nach Überstehen der M fortdauern kann. Von künstlichem Provozieren des Anfalls haben Zweig und Matko kein eindeutiges Resultat gesehen. M-Anämie wurde erfolgreich mit Arsoferrintabletten oder Arsenhämatose oder subkutanen Injektionen von Natrium kakodylicum Egger, 5 Injektionen täglich, dann 3 Tage Pause, dann wieder 5 Injektionen und 3 Tage Pause, im ganzen 20—30 Injektionen, behandelt.

K. Minarik und K. J. Schopper (*Zur Therapie der tropischen M*, Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 14) berichten über den mikroskopisch festgestellten Effekt der Behandlungsarten bei *Tr*. Salvarsan hatte keinen direkt schädigenden Einfluß auf die Plasmodien, unterstützt aber die Therapie sehr wesentlich, indem die Rekonvaleszenz rascher einsetzt. Eine Stunde nach interner Verabreichung von 1 g Ch ist eine wesentliche Schädigung der Plasmodien noch nicht zu erkennen; nach 2 Stunden sind die Ringe

meist randständig, nehmen amöboide Form an, das Chromatin wird stäbchenförmig, das Protoplasma fragmentiert, die Vakuolen der noch unveränderten Ringformen groß und bei Giemsafärbung völlig ungefärbt. 2 Stunden nach Einnahme eines 2. g Ch Verminderung der Ringzahl, manchmal im Blutkörperchen nur ein kleinster punktförmiger Chromatinrest; 4 Stunden nach dem 2. g Verminderung der Ringzahl, jedoch nach 16—24 Stunden zunehmendes Erscheinen gut erhaltener und gut gefärbter Ringe. Nach dem 3. g, 24 Stunden nach dem 1. g, weitere Ringzahlverminderung, jedoch am Abend wieder Ringvermehrung mit Temperatursteigerung. Nach 2 g am 2. Tage Schädigungserscheinungen und Verminderung der Ringzahl bis zum Schwinden; doch finden sich manchmal am Morgen des 3. Tages wieder einzelne Ringe vor. Nach neuerlichen 2 g am 3. Tage rasches Verschwinden aller restlichen Ringe bis zum Morgen des 4. Tages. Etwa vorhandene Geschlechtsformen sind nach fortgesetzter Behandlung vereinzelt, erst am 3. Tage geringfügige Schädigungen, die aber bei fehlender Weiterbehandlung am nächsten Morgen schon wieder ausgeglichen sind. Tr-Teilungsformen werden im peripheren Blut durch Ch leichter geschädigt als Gameten. Diese hohen Ch-Dosen haben aber beträchtliche Nachteile an sich. Intravenös, 1—2 g, zeigt Ch meist schon nach 1 Stunde Wirkung und nach 12—24 Stunden vollkommenes Schwinden der Ringe aus der Blutbahn, doch vermögen Halbmonde und Ringe zu überleben. Es vergehen bei je 24stündiger Ch-Darreichung bis zu 9 Stunden, bei noch längerer Ch-Pause Tage ohne jede Schädigung der den 1. oder 2. Ch-Angriff überlebenden, aus inneren Organen ins Blut gelangenden Tr-Parasiten. Es wurde nun versucht, durch subkutane Anlegung eines Ch-Depots ständigere Ausschwemmung des spezifischen Mittels in die Blutbahn zu erzielen, und zwar mittels einer annähernd 50proz. Lösung von Chininum bisulfuricum in gleichen Teilen Glyzerin und physiologischer Kochsalzlösung (statt dieser auch destilliertes Wasser oder abgekochtes Trinkwasser), bei Siedetemperatur gewonnen und körperwarm injiziert (vor dem Gebrauch auf Körperwärme zu bringen, da leicht Fällung des Ch eintritt). Durch wiederholtes längeres Auskochen wird die Fällbarkeit verringert. Aus den Erfahrungen an *176 so behandelten Tr-Kranken* ergab sich nach dem mikroskopischen Verhalten der M-Plasmodien im peripheren Blut, daß es am erfolgreichsten ist, noch innerhalb von 36 bis 48 Stunden nach der ersten (2,5 g Ch = 5 ccm der 50proz. Ch-Glyzerinlösung) eine 2. Injektion zu machen, und zwar ebenfalls 2,5 g; hierdurch werden sowohl die ungeschlechtlichen Tr-Formen als auch die vermutlich vom Glyzerin in das periphere Blut ausgeschwemmten geschlechtlichen Parasiten geschädigt, andererseits der Körper nicht zu sehr mit Ch überschwemmt. Da nach mehreren Tagen noch ungeschädigte Plasmodien z. B. aus thrombosierten Hirnkapillaren in das Blut gelangen können, empfiehlt sich, nach einer nicht länger als 2—3 Tage dauernden Ch-Pause neuerdings eine 2malige Injektion zu machen. Des weiteren bleibt fast ausnahmslos die Vernichtung der etwa noch überlebenden Geschlechtsformen der Tr übrig. Einige Fälle von *T* waren nach dieser Zeit ausnahmslos parasitenfrei.

G. Schimmert (*Eigenserum bei M tropica,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 14) sah dem mikroskopischen Blutbild nach keine direkte Beeinflussung der Parasiten durch *Eigenserum,* aber Besserung im Allgemeinbefinden.

Nach B. Stein (*M-Parasiten und Neosalvarsan,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 14) unterliegen die Jugendformen der Tr-Parasiten, die „kleinen" Tr-Ringe, und deren unmittelbare Vorstufen, die Teilungsformen, dem Neosalvarsan, indem es die Weiterentwicklung behindert; jedoch muß es in dem Moment in die Blutbahn gebracht werden, wo sich diese der Salvarsanwirkung zugänglichen Formen im Blut befinden (Bredl). Dagegen wirkt es nicht gegenüber den erwachsenen geschlechtlichen und ungeschlechtlichen Tr-Parasiten, woraus sich die bisherigen Angaben über seine Unwirksamkeit bei Tr erklären. An der Hand von Blutuntersuchungen gelingt es durch eine Injektion vor dem Anfall denselben „abzufangen". Bei *T* bewirkt Neosalvarsan, während des Anfalls eingespritzt, Degeneration aller Entwicklungsstadien und ihr Verschwinden aus dem Blut, dabei meist Abkürzung des Anfalls und Ausbleiben weiterer Anfälle für längere Zeit, zum Unterschied vom Ch, das elektiv bestimmte Entwicklungsformen angreift. Auch bei T besitzt das Neosalvarsan gegenüber den in Teilung begriffenen oder der Teilung eben entsprungenen Formen eine besondere Avidität und kann so auch hier der Anfall abgefangen werden.

L. Thaller E. v. Draga (*Die experimentelle Aktivierung latenter M-Fälle,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 4): Nach unzureichender Behandlung wie auch ohne Behandlung tritt M bekanntlich in ein Latenzstadium, wo zwar keine regelmäßigen Fieberanfälle bestehen, im Blut keine Plasmodien zu finden sind und der M-Kranke selbst ganz beschwerdefrei sein kann; nach kürzerer oder längerer Zeit kommt es zu unregelmäßigen Fieberanfällen mit Plasmodien im Blut bei Tr wie bei T. Diese latenten Fälle spielen bei der Verbreitung der Krankheit in Anophelesgegenden eine große Rolle. Bekanntlich treten M-Rezidive bei Latenten nach gesundheitlichen Schädigungen ein wie Blutverlust, Operationen (nach einer Laparotomie wurde irrtümlich für eine Fieberattacke Abszeß als Ursache angenommen, erneute Laparotomie ergab Fehlen eines solchen, Blutuntersuchung dagegen Plasmodien!), körperliche Anstrengungen, auch längere Reisen, Pleuritis, Pneumonie, Typhus und andere fieberhafte Krankheiten, Lungenspitzenkatarrh; auch durch kleine Ch-Dosen gelingt es manchmal, bei latenter M einen Anfall zu provozieren (ähnlich der Herxheimerschen Reaktion bei Syphilis), doch ist dieses Verfahren nicht zuverlässig; ferner durch Faradisation der Milz (Kontraktion ihrer glatten Muskeln, Auspressen der Plasmodien in das strömende Blut) und kalte Dusche auf die Milzgegend; durch Pockenimpfung gelegentlich, Tuberkulin-, Staphylokokken- und Gonokokkenvakzine, Typhusschutzimpfung. Thaller injizierte intragluteal 5 cm³ sterile Kuh- oder Frauenmilch zur Erzeugung eines unspezifischen Fiebers bei 30 Fällen zur Diagnose. 5 reagierten nicht mit Fieber, hatten auch später keinen M-Anfall, 13 bekamen nur Milchinjektionsfieber, blieben aber dann dauernd fieberfrei, vielleicht hatten sie nie M, oder waren genesen oder die Milchmenge war zu gering. 12 hatten erst Milchfieber, dann waren sie fieberfrei und nach einiger Zeit, kürzestens 3 Tagen, längstens 4 Wochen, gewöhnlich 10—14 Tagen, entsprechend der gewöhnlichen Inkubationszeit, trat unter Schüttelfrost ein M-Anfall ein; im Blut waren typische M-Plasmodien, in 3 davon schon während des Milchfiebers. Wieweit ein negativer Ausfall diagnostisch ausschlaggebend ist, bleibt noch zu entscheiden.

Nach J. Brauers Untersuchungen (*Über Mobilisierung von M-Parasiten im Blut,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 4) lassen sich fast immer durch intravenöse oder subkutane Injektion von *Normalpferdeserum,* in vielen Fällen auch durch eine intramuskuläre Milchinjektion die Parasiten mobilisieren und im Blutausstrich nachweisen. Dieser Nachweis ist auch wichtig, wenn Rekonvaleszenten in eine malariafreie, jedoch anophelesreiche Gegend kommen sollen. Weitere Versuche werden zeigen, ob es sich empfiehlt, die Parasiten zu mobilisieren zu dem Zweck nachfolgender Vernichtung durch intravenöse Ch-Injektion oder Neosalvarsan.

Nach J. Kurz und P. Erdélyi in Budapest (*Beitrag zur Behandlung der M mit intravenösen Ch-Injektionen,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 4) läßt sich dieser Methode eine Überlegenheit gegenüber der internen Darreichung weder bei Neuerkrankungen noch bei Rezidiven, also zwecks energischerer Einwirkung auf die in inneren Organen — Milz, Knochenmark usw. — befindlichen Dauerformen, nicht zuerkennen; nur bei bewußtlosen Kranken und wo möglichst rasche Chininisierung nötig ist, verdient sie unbedingt Anwendung.

S. Plaschkes und M. Benković (*Urotropin als M-Heilmittel,* Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 47) sahen bei systematischer Anwendung von Urotropin 7—8 g täglich, jede Stunde tagsüber $^1/_2$ g unter gleichzeitiger Verabreichung von Zitronen- oder verdünnter Salzsäure, in 10 Fällen, daß es zwar nicht plötzlich, aber stetig die Temperaturen beeinflußt; es treten gewöhnlich noch mehrere, aber immer schwächere Anfälle auf, bis schließlich die Entfieberung von Bestand blieb und auch die Jugendformen des Parasiten schwanden. Ältere Formen konnten erst nach längerer Zeit nicht mehr gefunden werden. Urotropin wirkt zwar nicht so prompt wie Ch, kommt aber als unterstützendes Mittel in Betracht, wo mehr oder weniger Resistenz gegen Ch besteht.

A. Biedl (Studien über M, Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 14—17) hat bei Dunkelfelduntersuchung den *Ablauf des Befruchtungsvorgangs im menschlichen Blut* beobachtet, ferner gefunden, daß *bereits beim ersten Fieberanfall stets Gameten* gefunden werden, und für die Inkubation die Dauer von 11 Tagen bestätigt. Die Entwicklungsdauer der Tr-Gameten beträgt 7—9 Tage und ist die gleiche wie die Inkubation. Das Rezidiv beruht in der Regel auf Zurückbleiben von Gameten. Bei T sah Biedl sehr gute Erfolge von *Salvarsan,* besonders wenn kombiniert mit Ch.

F. Lenz (*Beobachtungen über M in M-freier Gegend,* Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 12) kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Kurve der M-*Rezidive* folgt, genau wie die der Neuinfektionen, der Sommertemperatur und Sonnenscheindauer, sie geht in unserem Klima der Temperatur parallel. 2. Die Auslösbarkeit der Rezidive durch erhöhte Außentemperatur stellt eine selektionistisch erklärbare Anpassung der M-Erreger an die Flugzeit der Anopheles dar. 3. Die M-Rezidive haben dieselbe Inkubationszeit wie Neuinfektionen und diese läßt sich aus der Art der Vermehrung der Plasmodien und der Zahl der Erythrozyten berechnen. Sie beträgt 16—18 Tage. Aus Lenz' hochinteressanten Ausführungen seien folgende Einzelheiten wiedergegeben: Zu 1. ist die einfache Erklärung die, daß die Stechmücken in der warmen Zeit gehäuft auftreten. Die M-Kurve fiel früher ab als die Temperaturkurve, weil die Temperaturen des Mai nicht genügten, um bei der Mehrzahl der Plasmodienträger das Rezidiv auszulösen. Es handelt sich dabei um eine Erscheinung der Auslese und Anpassung der Plasmodien. Rezidive in kalter Jahreszeit würden für die Existenz der Plasmodienstämme zwecklos sein, weil sie sich in dieser Zeit, da Anopheles nicht fliegt, nicht weiterverbreiten könnten. Daher überschwemmen sie erst während der Flugzeit der Anopheles das Blut. Nach Lenz muß man annehmen, daß Rezidive dadurch zustande kommen, daß Gametozyten ausnahmsweise zu parthogenetischer Proliferation gelangen (Schaudinn, der solche direkt beobachtet hat). Gameten sind Dauerformen, die allein kein Fieber machen, für gewöhnlich in Ruhe sind und nur ausnahmsweise infolge besonderer Reize Schizonten aus sich hervorgehen lassen. Die M-Plasmodien vermehren sich, wie einzellige Lebzellen im allgemeinen, bei reichlichem Vorhandensein von Nahrungsstoffen und Abwesenheit von chemischen oder Temperaturschädlichkeiten schrankenlos durch Teilung, ohne Bildung von Dauerform oder geschlechtliche Vermischung. Die beiden Fortpflanzungsarten, die eine, ungeschlechtliche, bei der aus einer Zelle zwei oder mehrere werden, und die andere, geschlechtliche, bei der aus zwei Zellen eine wird, sind also Gegensätze und haben selektionistische und phylogenetische Bedeutung. Lenz weist auf seine diesbezügliche Schrift (Jena 1912, Gust. Fischer). Wenn die Schizonten das Blut des Menschen überschwemmt haben, ist das Optimum ihrer Lebensbedingungen erreicht; der Körper des Menschen reagiert unter Fieberanfällen, bildet Abwehrstoffe, die Schizonten schwinden, es treten die Dauerformen, Gametozyten, auf, welche, ohne sich zu vermehren, im Blut kreisen — die M ist latent geworden — und darauf warten, daß ein Anopheles sie auf einen neuen Wirt überträgt, wo die Vermehrung wieder beginnen kann, falls sie mit der Zeit von selbst zugrunde gehen — denn ihre Lebensdauer kann keine unbegrenzte sein — oder von Leukozyten zerstört werden. Die zum Rezidiv führende Parthenogenese wird durch hohe Außentemperatur bzw. vielleicht durch die in ihrem Gefolge im Blut auftretenden Stoffwechselprodukte ausgelöst, die geschlechtliche Fortpflanzung dagegen durch die Abkühlung, welche Gametozyten im Magen der Mücke erfahren, veranlaßt; nicht durch den Magensaft der Mücke; denn man kann im gametenhaltigen frischen Blut unter dem Deckglas nach einiger Zeit lebhaft schlängelnde Mikrogameten auftreten sehen. Diese Abkühlung und daher auch Befruchtung von Makrogameten kann gelegentlich, z. B. bei Erkältung, auch im Menschen stattfinden. Vielleicht können sich auch aus der Zygote Zysten und Sichelkeime im menschlichen Körper entwickeln, also *Rezidive* nicht bloß ungeschlechtlich, sondern auch *geschlechtlich* entstehen. So würde sich das Auftreten von Rezidiven erklären bei Personen, die aus dem Tropenklima, wo sie rezidivfrei waren, in kälteres Klima übersiedelten. Daß man den geschlechtlichen Zyklus im menschlichen Blut noch nicht im Mikroskop beobachtet hat, erklärt sich aus der Seltenheit des Vorgangs und der geringen Zahl der Zysten oder Sichelkeime, welche den Ausgangspunkt des Rezidivs bilden. Ohne solche Annahme wäre der Wirtswechsel entwicklungsgeschichtlich (phylogenetisch) kaum zu erklären. Diese ausnahmsweise stattfindende geschlechtliche Vermehrung der Plasmodien im Blut ist also eine Rückkehr zu ursprünglichem Verhalten (eine atavistische Erscheinung). Die *Inkubationszeit der Rezidive berechnet Lenz folgendermaßen:* Beim Stich eines infizierten Anopheles werden nur 1 oder wenige Plasmodien übertragen. Diese brauchen bei T 48 Stunden zu einem ungeschlechtlichen Entwicklungszyklus; nach dieser Zeit sind aus jedem etwa 20 Tochterplasmodien geworden, die ihrerseits sich wieder in der gleichen Zeit vermehren usw. Erst wenn ein gewisser Bruchteil aller Blutkörperchen befallen ist, tritt der erste Fieberanfall ein. Da in einem Kubikmeter etwa 5 Millionen rote Blutkörperchen enthalten sind, hat ein Mensch mit 7 Liter Blut etwa 35 Billionen $= 35 \times 10^{12}$ rote Blutkörperchen. Ein Plasmodium hat nach 8 Generationen (8×48) etwa $(2 . 10)^8$ Nachkommen. Somit würde nach 16 Tagen auf $\frac{35 . 10^{12}}{2^8 . 10^8} = 1400$ rote Blutkörperchen je ein Plasmodium kommen. Da man im Fieberanfall gewöhnlich auf 50—100—200 rote Blutkörperchen etwa 1 Plasmodium findet, so könnte bei einer Konzentration 1 : 1400 bereits der erste Anfall eintreten. 18 Tage nach der Infektion würde bereits ein Plasmodium auf je $\frac{1400}{20} = 70$ rote Blutkörperchen kommen. Diese durch Berechnung erhaltene Inkubationszeit von 16 bis 18 Tagen kommt den Angaben bei R. O. Neumann und M. Mayer nahe, wonach der erste Anfall 15 bis 17 Tage nach dem Stich eines infizierten Anopheles beobachtet wurde. Auch die Inkubationszeit von

10—11 Tagen bei direkter Überimpfung von Blut stimmt mit der Rechnung, weil dabei von vornherein eine große Menge Plasmodien übertragen wird. Bei Q wird die Inkubationszeit auf 30—33 Tage berechnet, da das Plasmodium nur jedesmal 10—12 Schizonten bildet und zu einer Generation 3 Tage braucht. Bei T vergehen somit 16 Tage, bis der auslösende Reiz zu dem Rezidiv führt. — Unter den Neuinfizierten waren mehr *Juden* als deren Prozentverhältnis entsprochen hätte, wahrscheinlich weil sie, vorwiegend Stadtbewohner, eine zartere, dem Stich der Mücke weniger widerstehende Haut haben. *Prophylaktisch* wurde mit Erfolg gegeben: 3 Tage lang je 2 g Ch, und dann noch etwa 3 Wochen lang jeden 3. Tag 2 g.

Nach A. F. Hecht und J. Matko (*Intravenöse Ch-Injektionen bei M,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 6) ist diese Ch-Anwendung für die Zirkulation durchaus nicht gleichgültig. Ch. bisulfuricum 0,5—1,0 oder 1,2 g in wenigen ccm Kochsalzlösung gelöst, bewirkt sofort Hitzegefühl in der Haut, sogar Akroparästhesien, intensiv bitteren Geschmack im Munde, Ohrensausen, Schwindel, manchmal auch Schwerhörigkeit, Schwere der Augenlider, Kopfschmerz, Erbrechen, kleinen, raschen Puls, sogar fadenförmigen, kühlen, klebrigen Schweiß, Kollaps, der aber bald vorübergeht; selten langsamen Puls, 60 und weniger. Diese Erscheinungen gehen schnell vorüber. Man soll daher möglichst langsam, etwa auf 3 Minuten verteilt, die Injektion vornehmen und den Kranken dabei ständig beobachten, um die Injektion rechtzeitig abzubrechen, wenn die Symptome bedrohlich werden. Das Elektrokardiogramm zeigte bei 1,0—1,2 g charakteristische, aber nicht einwandfrei deutbare Veränderungen im Verhältnis der Zacken zueinander, der Venenpuls schien auf stärkere venöse Stauung zu deuten, orthodiagraphisch oder perkutorisch war ein Herausrücken der rechten Vorhofgrenze nicht nachzuweisen, keine Blähung des Herzens, nur in einem Falle schien die Herzspitze etwas medial verschoben, der Blutdruck sinkt. Am Augenhintergrund waren keine Veränderungen nachzuweisen. Nach 15—20 Minuten sind die Erscheinungen meist vollkommen ausgeglichen, die subjektiven Beschwerden dauern etwas länger.

Von *Tiefenbestrahlung der Milz bei M* sagt F. Deutsch (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 7), daß die Resultate zwar nicht den theoretischen Voraussetzungen einer idealen Röntgenwirkung entsprechen, aber daß es durch die Milzbestrahlung gelingen kann, *chronische* M-Kranke zu heilen und daß die traurigen Dauerresultate bei Ch-Behandlung Tr-Kranker Versuche mit Milzbestrahlung auch bei akuter M rechtfertigen. Deutsch teilt einige Dauerheilungen bei hartnäckiger T und Tr mit. Die Untersuchung von Milzpunktaten ergab Abnahme der Zahl der Parasiten. Unmittelbar nach der Bestrahlung trat im Blut Leukozytose auf, der Leukopenie folgte. Die für die M typische Mononukleose erfuhr keine Veränderung. Bezüglich Technik muß auf das Original verwiesen werden.

F. Deutsch (*Schwarzwasserfieber nach Röntgenbestrahlung der Milz* bei einem Fall von Tr, Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 29) beschreibt einen Fall, wo bei Tr-Rezidiv als auslösende Ursache des Schwarzwasserfiebers lediglich Röntgentiefenbestrahlung in Betracht kam, nicht Ch oder ein sonstiger Anlaß. Bei späterer erneuter Röntgenbestrahlung machte sich das Auftreten des Schwarzwasserfiebers wiederum bemerkbar, kam aber nach Aussetzen dieser Behandlung nicht zur Ausbildung. Nochtsche Kur kopierte nunmehr prompt die Fieberanfälle. Die Disposition zu Schwarzwasserfieber ist nicht nur eine individuelle, sondern zu verschiedenen Zeiten bei demselben Indviduum verschieden.

Nach F. Erben (*Bemerkungen zur M-Frage aus Albanien,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 29) ist M keine akute Infektionskrankheit mit gelegentlichen Rezidiven wie etwa Bauchtyphus, sondern eine chronisch-rezidivierende Infektionskrankheit ähnlich der Syphilis. Wie bei letzterer, gibt es bei M, trotz Behandlung, kaum einen Fall, der rezidivfrei bleibt. Erben hat Versuche gemacht mit unmittelbar an derselben Vene aufeinanderfolgender intravenöser Einspritzung von Ch und Sublimat, dann auch ebenso mit Neosalvarsan und Ch, und schließlich Versuche mit Kombinierung von Salvarsan-Ch und Ch-Sublimat. Es gelang ihm, damit auch Ch resistente Fälle fieber- und plasmodienfrei, ja sogar halbmondfrei zu machen; auch provozierte Fälle blieben rezidiv- und plasmodienfrei.

L. Appel (*Über die Ursachen der M-Rückfälle,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 29) fand, daß chronisch M-Kranke an ganz bestimmten Tagen *Rückfälle* bekommen, die mit dem Entwicklungszyklus der Parasiten in keinem zeitlichen Zusammenhang stehen; zur selben Tageszeit und oft genau zur selben Stunde fiebert eine ganze Reihe von Kranken, an anderen Tagen gibt es unter hunderten von Kranken nur 2 bis 3 Fiebernde, als ob ein unbestimmtes Etwas auf einmal alle bis dahin ruhenden Gametozyten zur Vermehrung anregte. Dieser Erscheinung entsprach auch das Blutbild. Für die Erklärung kam weder Selektionstheorie noch Jahrestemperatur und Sonnenscheindauer in Betracht, sondern nach Appels Feststellung *Luftdruckschwankungen.* Die M-Rückfälle treten im allgemeinen um so häufiger auf, je größer und rascher die jeweiligen Luftdruckschwankungen sind, am ehesten bei fallendem Luftdruck, seltener bei mäßig steigendem Barometer, am seltensten bei konstantem Luftdruck. Am deutlichsten zeigt sich diese Abhängigkeit vom Luftdruck bei T; Tr zeigt in der Beobachtungskurve Schwankungen, die mit ihm nicht in Einklang zu bringen sind. Daß Tr-Kranke, die monate- oder jahrelang fieberfrei waren, nach Übergang aus dem tropischen Klima in die gemäßigte Zone rückfällig werden, erklärt sich aus den häufigeren und größeren Luftdruckschwankungen in letzterer. Daraus ergibt sich die Folgerung, als Aufenthalt für M-Kranke Klima von möglichst beständigem Wetter zu wählen, d. h. möglichst *hochgelegene Orte,* zumal an solchen auch die Anophelen sich nicht zu halten pflegen.

Wiener (*Einige Fälle von Schwarzwasserfieber,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 29) beobachtete 3 Fälle dieses Fiebers bei T, einen bei Mischinfektion von Tr und T. Die Fälle klangen gut ab. Ch ist nicht immer die Ursache des Schwarzwasserfiebers. In 2 Fällen — es handelte sich hierbei nicht um M — trat schon nach 0,05 Ch binnen 2 Stunden Blut im Urin auf.

L. Jarno (*Über Mononukleose bei M,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 29) fand bei Untersuchung des Blutes von chronisch M-Kranken Personen (T und Tr) ein charakteristisches Blutbild: Vermehrung der großen Mononukleären und der Übergangszellen. Die Zählung der weißen Blutkörperchen ergab, daß diese Zellen, statt 3—8%, 15—34% ausmachten. Von 80 Personen mit diesem Blutbild, die angeblich früher nie M-krank waren, bekamen 38 später Anfälle mit plasmodienpositivem Blut. Ein M-Kranker kann als wahrscheinlich geheilt gelten, wenn keine Mononukleose besteht. Ihr Nachweis ist ein gutes Hilfsmittel zur Diagnose der M, besonders der chronischen inaktiven. Von der Provokation durch Pferdeserum hat Jarno keinen Erfolg gesehen. Es gibt Fälle von M mit positivem Plasmodienbefund, aber fehlender Mononukleose.

Nach A. Plehn (*Über M,* Berl. klin. Woch. 1917. 30. April) können Wochen, Monate, vielleicht mehr als 1 Jahr vergehen, zwischen Infektion und Ausbruch des ersten Fiebers; bei dieser unbestimmten Länge der primären Latenzperiode läßt sich daher der Ort der Infektion oft nicht sicher ermitteln. So lange kann also jeder, der in M-Gegend war, damit rechnen, daß er nachträglich an M erkrankt. Der Zwischenraum zwischen den einzelnen Rückfällen, die sekundäre Latenzperiode, kann noch länger dauern, unter

Umständen Jahre. Unter den auslösenden Ursachen des Erstlingsfiebers wie des Rückfalls betont Plehn Operationen, weshalb in Indien vor jeder solchen größeren Ch gegeben wird; er empfiehlt dies auch für den 1. und 2. Tag des Wochenbetts in M-Gegenden. Auch zur Zeit der Menstruation treten Rezidive mit Vorliebe auf. Plehn hält für sehr wichtig die Regel kein Ch zu geben, bevor die Diagnose durch Blutuntersuchung gesichert ist, da schon durch geringe Ch-Gaben die Parasiten, ohne vernichtet zu sein, aus dem Blut vertrieben werden können. Die chininresistenten Gameten hält Plehn (entgegen Maurer, Schaudinn u. a.) nicht für die Infektionsträger während der Latenzperioden, sondern gewisse Formen basophiler Körner in den roten Blutkörperchen. Ob es verschiedene Arten von M-Parasiten gibt, oder nur *eine*, die unter verschiedenen Klimaten variiert, hält Plehn noch nicht endgültig entschieden, praktisch auch nicht für bedeutsam. Jedenfalls wiegt in den heißen tropischen und in den warmen Klimaten zur Sommer- oder Herbstzeit der *kleine* sog. Tropenparasit vor, dessen Geschlechtsformen im menschlichen Blut die Sichel- oder Halbmondgestalt zeigen, in den kühleren Zonen und in den wärmeren Ländern im ersten Frühling ausschließlich die großen Parasiten. Die am häufigsten gegen Schluß der M-Saison auftretenden Q-Parasiten bezeichnen verminderte Heftigkeit der Endemie, Minderung der Parasitenvitalität. — Larvierte, abortive M ist außerhalb der Gegenden, wo M endemisch ist, selten und setzt dann stark abgeschwächte Infektion nach voraufgegangenen, falsch, z. B. als Influenza, gedeuteten Anfällen voraus; sie verläuft dann unter Verdauungsstörungen, schwerer Anämie oder regelmäßig intermittierenden Neuralgien. Bei letzteren fehlen meist Parasiten im peripheren Blut, dagegen können Milzvergrößerung, gekörnte rote Blutkörperchen, Megakaryozytose, Urobilinurie darauf weisen. Es ist nach Plehn unwesentlich, in welcher Phase des einzelnen Fieberanfalls das Ch gegeben wird, d. h. in welchem Entwicklungsstadium der Parasiten. Die Hauptwirkung des Ch beginnt erst nach 6—13 Stunden, die Ch-Ausscheidung hat erst nach 6—12 Stunden den Höhepunkt erreicht. Daher wird gewöhnlich der bevorstehende Anfall selbst durch große Dosen nicht, dagegen erst der zweite Anfall durch Ch verhütet. Ch in refracta dosi gefährdet den Erfolg nicht. Während also Rücksicht auf Entwicklungsstadium des Parasiten nicht in Betracht kommt für den Zeitpunkt der Ch-Gabe, wird der Kranke weniger belästigt, wenn Fieberhöhe und Ch-Nausea nicht zusammentreffen, und es tritt nicht so leicht ungenügende Ch-Zufuhr infolge Erbrechens ein. Alle diese Eventualitäten umgeht man bei der Nochtschen Kur, 2stündlich 0,2—0,25 g Ch, bis 1 oder $1^1/_2$ g pro die. Ch in Lösung zu geben, wegen Sicherung der Resorption, ist nach Plehn nicht nötig, er hält die heutige Tablettenherstellung für zuverlässig. Parenteral wirkt Ch (intramuskulär in die Glutäen oder intravenös) erheblich stärker, weil sonst ein großer Teil des Ch in der Leber zerstört wird, und man kommt mit kleineren Dosen aus. Die Ch-Beschwerden sind bei parenteraler Darreichung geringer. Daß bei intravenöser Anwendung die Wirkung des Ch eine direkte ist, ist nicht erwiesen, da Plehn fand, daß bei Hunden selbst nach Injektion tödlicher Ch-Mengen in die Jugularis nur in einzelnen Fällen im Karotisblut der anderen Seite Ch qualitativ nachgewiesen werden konnte. Vielleicht regt es Antikörperbildung an. Das Golgische Gesetz — Zusammenfallen von Fieberanstieg und Parasitensporulation — trifft für Tr meist nicht zu. Es ist unnötig, Ch nüchtern zu geben. Plehn bevorzugt Einspritzung, und zwar doppeltsalzsaures Ch. Auf unzweckmäßige Ch-Kur führt Plehn einen beträchtlichen Teil der Herzstörungen M-Kranker zurück, die am meisten Ähnlichkeiten mit den durch Nikotin erzeugten haben. Die Rezidivprophylaxe muß mindestens 6 Monate nach dem letzten akuten Fieberausbruch konsequent durchgeführt werden, um die Infektion mit Sicherheit definitiv erlöschen zu lassen; es ist aber nicht nötig, $^1/_2$ Jahr lang ohne M-Erscheinungen grammweise Ch zu nehmen. Die täglichen kleinen Dosen von 0,2—0,3 g Ch hält er für einen Rückschritt. Plehn empfiehlt folgende Kur als schonendste und sichere: „Sobald die Diagnose durch Parasitennachweis gesichert ist und die Temperatur zu sinken beginnt, erhält der Kranke an drei aufeinander folgenden Tagen je 1 g Ch pro die, entweder intramuskulär oder in refracta dosi zu 0,2 2stündlich nach Nocht. Länger als 3 Tage nacheinander Ch zu geben ist vollkommen überflüssig. Es folgen 4 Tage Pause, dann 2 Ch-Tage, an welchen nach der Abendmahlzeit 0,5 Ch genommen wird. Man kann auch diese Gabe noch teilen. Nach 4 chininfreien Tagen wieder 2 Ch-Tage, und so fort, 3 Monate lang. Danach weitere 3 Monate lang nur noch 1 Ch-Tag zu 0,5 g und ebenfalls 4tägige Pausen. Fast immer kommt man mit dem einen Ch-Tag von Anfang an aus. Die ‚doppelte Prophylaxe' schafft hier in Deutschland aber, wie gesagt, so gut wie vollkommene Sicherheit. Auf alle Fälle ist es zweckmäßiger, an 2 aufeinander folgenden Tagen 0,5 zu nehmen, als nur an einem Tage ein ganzes Gramm. Am wichtigsten ist, daß die Pausen zwischen der Ch-Darreichung nicht mehr wie 4 Tage betragen."

In *„Richtlinien zur M-Behandlung"*, im Hamburger Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zusammengestellt, Ther. d. Gegenw. 1916, wird empfohlen, in jedem verdächtigen Falle sofort die Diagnose durch Untersuchung von Blutausstrichen durch darin erfahrene Ärzte zu stellen, stets zwei sogenannte „dicke Tropfenpräparate" [2—3 mäßig große Blutstropfen auf dem Objektträger etwa in Pfenniggröße mit einer Nadel wenig verteilen und gut antrocknen lassen] und zwei dünne Ausstriche lufttrocken, nicht fixiert, einsenden und ohne das Ergebnis der Blutuntersuchung abzuwarten, nach unten angegebener Methode sofort Ch anzuwenden. Setzt das Fieber nach 5tägiger richtiger Ch-Behandlung nicht aus, so handelt es sich fast ausnahmslos nicht um M. Zeigt sich seine Wirksamkeit durch völlige Entfieberung, so ist die Ch-Kur fortzusetzen. Da bei frischen Fällen noch keine übertragbaren Geschlechtsformen im Blute kreisen, wird durch unverzügliche Behandlung die Weiterverbreitung eingeschränkt.

Ch. hydrochloricum ist in der Regel das geeignetste Präparat. Dihydrochininum hydrochloricum ist etwas wirksamer, Ch. sulfuricum, tannicum und Euchinin sind bedeutend unwirksamer. Salvarsan, Neosalvarsan und Arsalyt, die auch wirksam (besonders bei T) sind, sollten nur von in der M-Behandlung Geübten angewandt werden; sie schützen ohne Verbindung mit Ch (besonders Nachkur) nicht vor Rückfällen. Man soll sich durch raschen klinischen Erfolg nicht täuschen lassen.

Ch wirkt am besten innerlich. Subkutane oder intramuskuläre Einspritzungen wirken langsamer und sind zur regelrechten M-Behandlung nur äußerst selten (bei Kindern usw.) nötig.

Intravenöse Ch-Injektionen können bei drohender Lebensgefahr (fast nur bei M tropica vorkommend), beim sogenannten M-Koma nötig werden. 0,3 g Ch. hydrochloricum in ungefähr 50—100 ccm physiologischer Kochsalzlösung aufgelöst oder Ampullen von Ch-Urethan (Dr. Kade, Berlin SO 26).

Innerlich genügt eine Tagesmenge von 1 g Ch, zweckmäßig in Einzelgaben von 4mal 0,25 g mit 2stündigen Abständen (sogenannte „Nochtsche Methode"), täglich ohne Pause, solange noch Temperaturerhöhungen auftreten, und nach dem letzten Fiebertage noch 8 Tage lang. Dabei sind die Nebenerschei-

nungen geringer und die Resorptionsverhältnisse günstiger. „Es kann jederzeit, ob Fieber besteht oder nicht, mit dieser Behandlung begonnen werden; es ist falsch, die fieberfreie Zeit erst abzuwarten.“ Dann stets die Nachbehandlung in jedem Falle (denn mit dem Verschwinden des Fiebers ist die M — deren Erreger in den inneren Organen noch weiterleben — durchaus noch nicht geheilt) nach folgendem Schema (täglich 1 g Ch. hydrochloricum bis zur Entfieberung und dann noch 8 Tage lang [wie oben bereits bemerkt], sodann): 2 Tage Pause, 3 Ch-Tage (jedesmal 1 g), 3 Tage Pause, 2—3 Ch-Tage (jedesmal 1 g), 4 Tage Pause, 2—3 Ch-Tage (jedesmal 1 g), 5 Tage Pause, 2 Ch-Tage (jedesmal 1 g), 5 Tage Pause, 2 Ch-Tage (jedesmal 1 g) und so fort mit 5tägigen Zwischenräumen noch mindestens 6 Wochen lang jeden 6. und 7. Tag (das sind stets die 2 gleichen Wochentage, daher leicht zu merken) je 1 g Ch.

Die Kalendertage werden für jeden Kranken gleich angesetzt und aufgezeichnet. Auch bei der Nachbehandlung ist die Verteilung auf 4 Einzelgaben zweckmäßig. Bei sehr Blutarmen bei der Nachbehandlung gleichzeitige Behandlung mit Eisen und Arsen. Wird die Kur nicht unbedingt ausgeführt, so sind Rückfälle (oft auch bei nur einmaliger Unterbrechung) unvermeidlich. Ch-Präparate von Zeit zu Zeit auf Löslichkeit durch Einwerfen in lauwarmes Wasser, in dem sie in längstens 5 Minuten zerfallen müssen, prüfen. Jeder M-Rückfall ist genau wie ein frischer Fall in obiger Weise zu behandeln. Überstandene M schützt nicht vor Neuinfektion, so daß beim Verbleiben in der M-Gegend gegebenenfalls nach Abschluß der Kur die Ch-Prophylaxe angeschlossen werden muß.

Richtlinien zur Vorbeugung der M (Ch-Prophylaxe). Ch zu vorbeugenden Zwecken muß auch noch mindestens 8 Wochen lang nach Verlassen der M-Gegend genommen werden. Längere Zwischenpausen als 6 Tage zwischen den Ch-Tagen sind nicht ratsam: 1. jeden 6. und 7. Tag — also genau wie bei der M-Nachbehandlung an 2 aufeinanderfolgenden gleichnamigen Wochentagen — je 1 g Ch. hydrochloricum, in 4 Einzelgaben von 0,25 g mit 2stündigen Zwischenpausen, oder 2. jeden 4. und 5. Tag wird je 0,5—0,6 Ch genommen, oder 3. jeden 4. Tag wird 1 g Ch (4mal 0,25 g) genommen, oder 4. jeden Tag werden 0,3 g Ch genommen.

S. Kaminer und H. Zondek (*Über M-Parasitenträger,* D. med. Woch. 1917. Nr. 14) beobachteten 16 Fälle von T mit wochen- und monatelangem absolut fieberfreiem, nur hin und wieder durch kurzdauernde Zustände subjektiven Unbehagens unterbrochenem Verlauf, dabei im Blut bei täglichen Untersuchungen fast in jedem Präparat Parasiten, die vom kleinen Merozoiten an über die Stadien der Ringbildung hinweg den ganzen ungeschlechtlichen Entwicklungsgang des Plasmodiums durchmachen; selbst stärkere mechanische Einflüsse, wie körperliche Ermüdung, Milzduschen usw. vermochten auch im Augenblick des Schizontenzerfalls und des Ausschwärmens der Merozoiten nicht irgendwelche Reaktionserscheinungen auszulösen. 2 Fälle machten sogar einen kraftstrotzenden Eindruck, einer bot das Bild der chronischen M mit starker Anämie und Kachexie, häufigen Kopfschmerzen und körperlichem Unbehagen. Einige Fälle hatten Milztumor, andere nicht. Sie waren alle teils ungenügend, teils gar nicht mit Ch behandelt worden. Ein Fall hatte überhaupt niemals Fieber gehabt und sich, abgesehen von einem Mittelohrkatarrh, nie krank gefühlt; er hatte aber Milzvergrößerung und dauernd im Blut M-Plasmodien in allen Entwicklungsstufen. Bisher wußte man nur von den Negerkindern in Ostafrika, daß in ihrem Blute M-Erreger kreisen können, ohne Fieber zu erzeugen, in mancher Gegend sind bis 100% infiziert (R. Koch). Erwachsene immune Neger erkranken in M-freier Gegend oder in Gegenden mit Saison-M, z. B. Italien.

Nach Meyerstein (*Wassermann-Reaktion bei M,* Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 11) bedeutet Schwinden der positiven Wassermann-Reaktion während der Behandlung nicht endgültige Heilung, positive (ohne Lues) dagegen erfordert als Zeichen des Weiterbestehens der Krankheit Fortsetzung der Behandlung.

M. Engling (*Über M und ihre Verhütung,* Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 3) beobachtete bei T fast regelmäßig als 2 Tage dauernde Vorboten Kopfschmerz, Kreuzschmerz, Mattigkeit und Ziehen in den Gliedern; dann kam Schüttelfrost und rasch auf 40—41° C ansteigende Temperatur, die nach 4—6 Stunden unter Schweißausbruch und wesentlicher subjektiver Erleichterung fällt. Tr dagegen setzte ungeheuer akut ein, so daß die ersten Tr-Fälle von den Ärzten als Hitzschlag angesehen wurden; dabei bestand vor dem Anfall nur leichtes Frösteln oder Kältegefühl. Frost-, Hitze- und Schweißstadium waren bei Tr nicht so scharf ausgeprägt wie bei T. Das Fieber stieg langsam an, dauerte durchschnittlich 26—36 Stunden und fiel unter Schweißausbruch. In der Mitte der Fieberzeit war ein Abfall um 1—2° C zu beobachten, der Scheinabfall („pseudokritische“ Absenkung). Während des Fiebers war die Haut brennend heiß und trocken; es stieg bis 41°, der Puls bis 140; nach dem Fieber trat fast regelmäßig Herpes labialis auf. Außer Milz war oft auch die Leber erheblich vergrößert. Katarrhe der Luftwege waren häufig. Bei der komatösen Form der Tr, *Hirn-Tr,* war bei Obduktionen das Gehirn vollkommen grau, die Rinde dunkelgrau, mikroskopisch fand Erdheim die Gehirnkapillaren mit Pigmentschollen und parasitenhaltigen Blutkörperchen ganz vollgestopft. Die Wirkung auf das Gehirn ist eine toxische und mechanische. Symptomatisch reihte sich an das M-Typhoid, das oft nur bakteriologisch und mikroskopisch und durch Ch-Erfolg von *Bauchtyphus* unterschieden werden kann. Bei der *choleraähnlichen* Form hatten die Kranken Erbrechen, 10—15 Stühle, typisch mehlsuppen- oder reiswasserähnlich, auch Wadenkrämpfe, eingezogene Beine. Auch *ruhr*ähnliche Tr-Formen kamen vor. 186 solcher choleraähnlicher M-Fälle wurden bakteriologisch genau untersucht; sie hatten keine Choleravibrionen. Dysenteriebazillen (Exner-Stamm) und Paratyphus-A-Bazillen wurden einige Male als zufällige Befunde bei Tr festgestellt. Durch Ch und Kochsalzinfusion hörten diese M-Durchfälle auf. Wahrscheinlich wirken Diarrhöen disponierend für M. Bei Schwarzwasserfieber hatten Salvarsan und Kochsalzinfusionen verhältnismäßig günstige Resultate. — Bei der Färbung der Parasiten erwies sich, da die nach Giemsa nicht immer ausgeführt werden konnte, die Manson-Methode mit Borax-Methylenblau vorteilhaft. Zentrifugierung nach Hallenberger konnte nicht angewendet werden. Züchtung von M-Parasiten in Dextroselösung stellt nur Überleben in vitro dar. — Es wurde 1,5—2,5 Ch auf den Tag, in 3—5 Einzelgaben, verabreicht, der größte Teil der Tagesdosis 4—6 Stunden vor dem zu erwartenden Anfall, weil dann zur Zeit des Anfalls die größte Ch-Konzentration erreicht wird. Ch, auf vollen Magen verabreicht, wird schlecht oder gar nicht resorbiert. Engling empfiehlt Ch in Lösung. Subkutan — bei schwerer Tr, bei Erbrechen und Diarrhöen und bei großer Benommenheit — wurde Ch. hydrochloricum 0,5 in 10—15 ccm physiologischer Kochsalzlösung aufgekocht und noch vor völligem Abkühlen in Oberschenkel oder Rücken eingespritzt, intravenös dieselbe Lösung (0,5 Ch) oder das in Phiolen gefüllte Urethan-Ch. Gleichzeitige Injektion größerer Mengen steriler physiologischer Kochsalzlösung wirkte in allen Fällen recht günstig. Bei schwerer Tr ist in den ersten Tagen der Ch-Behandlung auch intravenöse Verabreichung von 0,4—0,6 Neosalvarsan empfehlenswert. Von alleiniger Verwendung von Neosalvarsan rät Engling ab. Zur Nachbehandlung empfiehlt Engling die Nochtsche Methode. Bei der prophylaktischen Anwendung des

Ch — Verhindern des Eindringens der Parasiten ins Blut durch kleine, immerwährend im Blut vorhandene Ch-Mengen täglich 0,25 g 4 Stunden nach der Hauptmahlzeit und 2 Stunden vor der nächsten Mahlzeit (italienische Methode), oder Abtötung der im Blut vorhandenen Parasiten noch innerhalb der Inkubationszeit durch eine einmalige größere Ch-Menge, an 2 aufeinanderfolgenden Tagen der Woche je 1 g Ch in 4 bis 5 Einzelgaben (von Nocht modifizierte Kochsche Methode) — hat die erste Methode den Nachteil, daß niemals eine abtötende Dosis im Blut vorhanden ist, wenn einmal Parasiten sich im Blute festgesetzt haben, die zweite den Nachteil, daß die Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Ch-Gaben verhältnismäßig groß sind. Engling stellte durch Experimente fest, daß Tr-Ringe durch 0,5 Ch zwar beeinflußt, aber erst durch 0,75 Ch die Parasiten in den Blutkörperchen zerrissen werden. Er hat deshalb Mittwoch und Sonnabend abends je 0,75 und Sonntag früh 0,5 g Ch gegeben. Bei abendlicher Einnahme der großen Ch-Mengen werden die Nebenwirkungen derselben, Ohrensausen, Augenflimmern, Händezittern, verschlafen. Engling hat diese prophylaktische Methode in M-Gegend an sich und anderen erprobt. Die Ch-Prophylaxe muß schon vor dem Betreten des verseuchten Gebiets beginnen, mindestens 14 Tage nach dem Verlassen desselben fortgesetzt und mit einer größeren Ch-Dosis (2 g auf 2 Tage verteilt) abgeschlossen werden. Einen *absoluten* Schutz gegen M bietet die Ch-Prophylaxe indes nicht, woran u. a. Schwerlöslichkeit des Ch, ungenügende Resorption, Darmkatarrhe schuld sind. Die *mechanische* Prophylaxe, Vertilgung der Mücken, Verhinderung des Mückenstichs muß mitwirken. Entsumpfung, Entwässerung, Petrolisierung (Übergießen von Petroleum auf stehende Wasserflächen, 0,25 Liter auf 1 qm Fläche, alle 14 Tage, weil die Entwicklung vom Ei zur Mücke 3—4 Wochen dauert). Mückennetze, -schleier, Handschuhe. Parasitenträger müssen bis zur Parasitenfreiheit im Lazarett bleiben.

Zur Unterscheidung infizierter und nichtinfizierter Anopheles zerreißt man die Bauchdecken der Mücke mit 2 Nadeln; bei ersteren sieht man den mit Zysten besetzten Magen. — In der Diskussion zu Englings in k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gehaltenem Vortrag (Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 52; 1917. Nr. 1 ff.) berichtet A. Kautzky-Bey u. a. von den großen Erfolgen der *Bodensanierung am Suezkanal,* wo Anophelen und M soweit beseitigt sind, daß man in Ismailiah ohne Mückenschutz schläft und M nicht kennt. Solche Bodensanierung kann aber nur mit gleichzeitigem landwirtschaftlichen Ausbau vor sich gehen. Bei Tr hat die Kochsche Ch-Methode vollkommen versagt; Ch-Schutz wurde erst erzielt mit täglichen Dosen von 0,4 in den weniger gefährdeten Zeiten und 0,6 g in der Zeit der vollen Anophelenentwicklung. Häufig waren ruhrähnliche Darmsymptome. Kautzky behandelte vor allem mit intramuskulärer Injektionen von je 1,0 g Ch. hydrochloricum mit geringem Zusatz von Guajakol zur Schmerzverminderung (sterilisierte Ampullen), 20 solche Injektionen, tägliyh eine ins Gesäß. Bei den geringsten Eiweißspuren im Harn wurde die Behandlung unterbrochen, was aber äußerst selten vorkam. Danach 4 Wochen Pillen = 0,3 g Ch, etwas Eisen und arsenige Säure, dann Ch. hydrochloricum innerlich 1 g täglich mit immer größeren Pausen zwischen je 2 Ch-Tagen, so daß sich die ganze Behandlung über 6 bis 8 Monate erstreckte. Bei Rückfällen Wiederholung der Injektionsbehandlung. — Nach Kautzkys Beobachtungen lagen Seuchenzentren im Gebiet von *Salzsümpfen;* daß schwere M besonders gern in Brackwassersümpfen auftritt, ist schon lange bekannt. Dies erklärt auch, warum z. B. in den Donauauen, trotzdem dort 'immer vereinzelte M-Fälle vorgekommen, keine Epidemien aufgetreten sind; es muß also außer Anophelen und M-Kranken noch eine *dritte* Ursache für Entstehen von Epidemien in Betracht kommen. Bodenständige Seuchenherde aber bedürfen keiner Zufuhr von außen; sie erneuern sich immer aus sich selbst wieder. — Zweig (ebenda) sieht keinen Grund ein, die bewährte Ch-Behandlung zugunsten des Salvarsans aufzugeben; ihm scheint die Salvarsaninjektion nicht unbedenklich genug, um wahllos bei jeder T angewendet zu werden, wenn wir mit Ch dasselbe erreichen, andererseits soll es nicht von Ärzten angewendet werden, die mit intravenöser Injektion nicht voll vertraut sind. Für die Prophylaxe hält Zweig 0,3—0,5 Ch für die richtige Dosis, 0,25 für zu niedrig. — Zweig erinnert daran, daß in den 80er Jahren von dem Afrikaforscher Holub aus, der im Wiener Prater an Tr daniederlag, mit Hilfe der Anophelen eine kleine M-Epidemie ausbrach, und rät auch jetzt entsprechende prophylaktische Maßnahmen rechtzeitig zu treffen. Schwarz (ebenda) hat bei Tr wiederholt *Ödeme* gesehen, sowohl das *akute zirkumskripte,* bei jedem Anfall, an Lidern, Oberlippe, Präputium als auch *stationäre,* meist an den Unterschenkeln, ähnlich der Ödemkrankheit bei Rückfallfieber, ohne Albuminurie; *nephritische* Ödeme neben akuter Glomerulonephritiden. — Nach Joseph (ebenda) sind es in unseren Gegenden die Mücken, welche die Kontinuität ihrer Art durch den Winter sichern, während die Larven zugrunde gehen. Er hält auch Verschleppung infizierter M-Mücken durch Postsendungen für möglich. v. Stejskal hatte gerade bei schwerer komatöser Tr von Ch in hohen Dosen glänzende Erfolge gesehen und hält die von Biedl vorgeschlagene initiale Sterilisierung des Blutes bei Tr für unzureichend und ungeeignet, Ch zu ersetzen. Er beobachtete ferner nach subkutaner Injektion von *Serum* Tr-Kranker bei Normalen und Kachektischen Temperatursteigerungen von 1—1,5°, während solche bei Tr-Kranken, die keine Anfälle mehr hatten, ausblieben; auch ließen sich mit der Komplementablenkungsmethode bei latenter M hemmende Reaktionskörper nachweisen, die bei frischen Fällen fehlten. Für *das Nichtauftreten* von Rezidiven kommen also wahrscheinlich auch *Reaktionskörper* in Betracht. (Ähnlich Gasparini, bei v. Stejskal.)

Personen, die wegen Lues kurz zuvor Salvarsanbehandlung durchgemacht hatten, blieben trotz Erkrankung der ganzen Umgebung an Tr von letzterer verschont. Er empfiehlt daher neben Ch-Prophylaxe fortlaufend Arsen, 0,5 mg täglich, zu geben. — Fodor (ebenda) empfichlt die Wasserbehandlung; Hammerschlag gegen die Mücken Benetzung der Haut mit schwacher Karbollösung. Engling hat von Waschung mit 1proz. Lysollösung keinen Nutzen gesehen; er sei nur noch mehr gestochen worden. Engling (ebenda S. 120) hält es für kein ungefährliches Experiment, die primären Anfälle der Tr sofort mit Salvarsan zu behandeln; Fälle von M-Komatose sind nach 0,3 Neosalvarsan auffallend rasch gestorben; selbst die intravenöse Injektion von Ch ist in solchen Fällen nicht gleichgültig; am besten sei dabei 0,5 Ch, subkutan mit reichlich physiologischer Kochsalzlösung.

H. Schröder (Anopheles und Betriebsunfall, Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1916) teilt eine gerichtliche Entscheidung mit, wonach bei einem vom Arbeitgeber ins Ausland gesandten Arbeiter der Stich einer die M erzeugenden Anophelesmücke ein Unfall im Sinne des Gesetzes ist.

Weitere Literatur.

Ballin, Zahlenmäßige Feststellungen der M-Plasmodien im Blut. D. med. Woch. 1917. Nr. 23.

Schwere der Erkrankung von der Zahl der Blutplasmodien unabhängig, Fieber davon abhängig. Therapie auf die Zahl von Einfluß.

Richet und Griffin, Behandlung der komatösen M mit Ch-Urethan. Brit. med. Journ. 1917. S. 190.

Erfolg mit oft einer Injektion von Ch. hyrochloricum 0,4, Urethan 0,2, Aqu. 1,0 in 14,0 normalem Serum.

Low und Newhan, Intravenöse Antimonbehandlung der M. Brit. med. Journ. 1917. S. 295.

Kein Erfolg.

Schäfer, H., Aus der Pathologie Kameruns. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 25.

Dürck, H., Über die bei M. perniciosa comatosa auftretenden Veränderungen des Zentralnervensystems. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. H. 7. 1917.

Eitrige Streptomeningitis, grauschwarze Pigmentierung der Rinde, hämorrhagische Enzephalitis, Erweichungsherde, Gefäßembolien, Gefäßentzündungen, Gliazellknötchen (infektiöses Granulom), die zu nach M beobachteter *multipler Sklerose* hinüberführen.

Antis und Neumann, Urobilinogenurie bei M. Wien. med. Woch. 1917. Nr. 16.

Ständiges Symptom bei M.

Hatiegan, J., und B. Döri, Behandlung der M mit Optochin. Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 39.

Keine besseren Erfolge als mit Ch. Rezidive wurden nicht verhindert. Keine Nebenwirkungen.

Walterhöfer, Über M und deren Komplikationen bei Kriegsteilnehmern. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 17.

Durchfälle, Paratyphus, Ödeme, masernartiger Ausschlag.

Froschbach, Über M. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 17.

Becker, Zur Klinik der M. Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 1.

Verlauf als fieberhafter Magendarmkatarrh.

Panzerbieter, Beobachtungen über M. D. med. Woch. 1917. S. 95.

Hegler, A., Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 36. S. 1156.

Negatives Blutbild spricht nicht gegen M-Fieberanfall; positives nicht für gegenwärtige M.

Reinhardt, P., Provokation latenter M durch Bestrahlung mit ultraviolettem Licht. Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 37.

Nach Allgemeinbestrahlung Parasiten im peripheren Blut.

Leiner, C., Zur Klinik und Therapie der M. Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 48.

In einem Fall von T Tod nach 0,9 g Neosalvarsan.

B. Auszüge.

I. Militärmedizin.

225. **Das Kriegsödem;** von C. Maase und H. Zondeck. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 36. S. 861.)

Das Kriegsödem tritt besonders an den Beinen, dem Skrotum und im Gesicht auf. Es ist von weicher Konsistenz, modellierbar. Sobald die Kranken zu Bett liegen, fängt starke Diurese an, wobei die Kranken starke Abmagerung zeigen. Das Ödem im Gesicht besteht am längsten. Der Ammoniakwert des Harnes — 17 mg — ist ein Zeichen hohen Eiweißzerfalles. — Das Auftreten der Schwellungen wird oft durch körperliche Arbeit ausgelöst, auch sitzende Lebensweise begünstigt dasselbe — mechanische Komponente. Oft finden sich leichte nervöse Störungen. — Männer in mittleren und höheren Lebensjahren werden besonders leicht befallen, ohne daß andere Störungen des Herzens als die gewöhnlichen arteriosklerotischen vorhanden sind; oft tritt Bradykardie auf (Inanitionssymptom, Knack). — Der Harn ist sehr niedrig gestellt — bei vorhandenen Diarrhöen ist meist Indikanvermehrung zu beobachten. Der Rest-N-Gehalt des Blutes war meist gesteigert. — Im Blute sind Hämoglobin und körperliche Elemente vermindert: Hydrämie. Fast immer ist allgemeine Lymphozytose bis zu 45% und Vermehrung der großen Mononukleären und Übergangsformen von 11—25% zu beobachten. — Ätiologisch komme kalorische Unterernährung, namentlich Mangel an Fett, in Betracht, die zu Schädigung der Gefäßwand führt, wahrscheinlich mittels toxischer Eiweißprodukte. (Hohe Rest-N- und Ammoniak-Werte in Blut, Harn und Ödemflüssigkeit.) Außerdem kommt als ein Belastungsfaktor der Gefäßwand das Wasser in Betracht, welches unter den Verhältnissen der Kriegsernährung in erhöhtem Maße eingeführt wird: Suppen, Kaffee, Steckrüben — etwa 3 Liter durchschnittlich pro Tag. — Medikamentös wird Calcium lacticum oder glycero-phosphoricum empfohlen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

226. **Polycythaemia rubra und Kriegsdienst;** von H. Curschmann. (Med. Klin. 1917. Nr. 2. S. 35.)

C. berichtet über einen Fall von Polycythaemia rubra (7 400 000 rote Blutkörperchen) und betrachtet ihn außer von medizinischer noch von militärischer Seite. Patient mußte vom Militär entlassen werden und C. begutachtete eine erhebliche Verschlimmerung eines bestehenden, aber latenten Leidens. Cordes (Berlin).

227. **Beitrag zur Untersuchung des Harns von Kriegsteilnehmern;** von C. S. Engel. (D. med. Woch. 1916. Nr. 47. S. 1448.)

Auf der bakteriologischen Station des Res.-Lazaretts Insterburg kamen vom 1. November 1914 bis Ende Mai 1916 3210 Harne zur Untersuchung, davon waren 2207 eiweißfrei, 1003 enthielten Eiweiß. Die letzteren Harne gehörten 335 Personen an. Der Harn von 193 dieser Kranken konnte nur einmal untersucht werden, der der übrigen 142 kam im Durchschnitt alle 8 Tage zur Untersuchung.

Die bis zu dieser Zeit in den Lazaretten aufgenommenen Mannschaften gehörten den kämpfenden Truppen an, Insterburg lag im Gebiet der Kriegsereignisse.

13% der Harne hatten Eiweiß, die prozentualen Eiweißausscheidungen waren im großen und ganzen nicht sehr erheblich. Ein Einfluß der Jahreszeit ließ sich nicht sicher feststellen, doch häuften sich die eiweißreicheren Fälle mehr während des Sommers. Nicht organisierte Sedimente wurden relativ selten gefunden. Diabetes kam sehr selten zur Beobachtung. Die Diazoreaktion war vor der Durchimpfung der Armee häufig, hörte nach der Immunisierung derselben gegen Typhus fast plötzlich auf.

Blutzellen wurden in zahlreichen Fällen gefunden, eine Parallelität zwischen Ausscheidung von Eiweiß und roten Blutkörperchen bestand nicht.

In zahlreichen Fällen wurden im eiweißfreien und eiweißarmen Harn pathologische, organisierte Sedimente gefunden.

Im Hinblick auf Dienstbeschädigungsansprüche erscheint eine Schlußuntersuchung auf Eiweiß und organisierte Sedimente bei entlassenen Mannschaften geboten.

Auch bei Diensteinstellungen sollte aus demselben Grunde auf den chemischen und mikroskopischen Harnbefund großer Wert gelegt werden.

Schlichting (Kassel).

228. **Diätprobleme im Lazarettbetrieb;** von H. Strauß. (D. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 165.)

St. verlangt, daß Kranke mit Verdauungs- und Stoffwechselstörungen in solche Lazarette gelegt werden sollen, die gute Diäteinrichtungen besitzen, und gibt in dieser Richtung Auskünfte und Ratschläge, die alle Berücksichtigung verdienen. Man nehme Einsicht in die interessante Arbeit.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

229. **Über Nierenentzündungen bei Kriegsteilnehmern und ihre Behandlung;** von J. Schütz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 232.)

Aus der lesenswerten Arbeit sei auszugsweise nur folgendes mitgeteilt. Sie bezieht sich auf ein Material von 350 Kriegsteilnehmern. Die rein klinischen Ergebnisse der Zusammenstellung sind: in $^3/_4$ der Fälle war der Blutdruck erhöht. Hämaturie war sehr häufig. Subjektiv stand Dyspnöe stark im Vordergrunde und war häufig Anfangssymptom. Es bestand leichte Neigung zu Konzentrationsunfähigkeit der Nieren. Bei vorhandenem hohem Blutdruck waren Veränderungen des Augenhintergrundes häufiger als bei normalem. Retinitis albuminurica bestand bei ca. 10%. Perkutorisch nachweisbare Herzvergrößerung fand sich nur gelegentlich. Mehr als die Hälfte der Fälle zeigten Pulsverlangsamung (bis zu 48 die Minute). Oft war Pulsation im Jugulum zu beobachten. Dyspnöe, meist nicht kardialen Ursprunges — fast nie mit Zeichen kardialer Insuffizienz verbunden — hatte nur ausnahmsweise den Charakter einer Tachypnöe; sie erinnerte mehr an die des Asthma bronchiale (Verlängerung des Exspiriums). — Wo der Puls verlangsamt war, erwies sich die Labilität der Frequenz merkwürdig gering, auch psychische Erregungen, die zu Erhöhung der Atemfrequenz führten, beschleunigten den Puls nicht (vielleicht verminderte psychische Erregbarkeit). Die geringe Zahl der urämischen Anfälle verminderte sich noch im Verlaufe der Beobachtungen, wahrscheinlich infolge rechtzeitig gemachter Aderlässe. Die Jodprobe fiel fast ausnahmslos normal aus, in einzelnen Fällen trotz weitgehender Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit und der Wasserausscheidung. — Weit mehr als die Hälfte der Kranken zeigten positiven Augenspiegelbefund. Netzhautblutungen und Retinitiden waren meist an das Bestehen hohen Blutdruckes geknüpft. Prozentsatz der Retinitiden 10%. — Aderlaß (Venäpunktion), 300—400 ccm Blut, allenfalls Wiederholung innerhalb 1—2 Tagen, leistete ausgezeichnete Dienste im akuten Stadium; er erwies sich auch prophylaktisch verwendbar. Ein Blutdruck von 160 mm Riva-Rocci indiziert denselben, um urämisch-eklamptische Anfälle zu verhindern. Koffeininjektionen, subkutan, meist an Aderlaß angeschlossen, erwiesen sich als ausgezeichnetes Hilfsmittel bei drohender Urämie. Einigermaßen ausgedehnte Ödeme, ebenso wie Dyspnöe wurden erfolgreich durch Heißluftbehandlung im Bette beeinflußt, ebenso im Anschluß an Aderlaß urämische und suburämische Erscheinungen. Chloralhydrat wirkt bei urämisch-eklamptischen Anfällen günstig. Regelmäßige Stuhlentleerung wurde durch Bittersalz erzielt. — Die Diät wurde nach 5 Formen geordnet, worüber näheres im Original.

Bei Fällen von hartnäckigen Ödemen und solchen von Dyspnöe mit feuchter Bronchitis hatte Trockendiät gute Erfolge in 3tägigen Perioden angewandt; die Flüssigkeitsentziehung war nicht streng. Es wurden 260 ccm Kriegsquelle „Wolfsklaue“, stark hypotonisches erdiges Mineralwasser, zugelegt. — Bäder 28°, 40 Minuten, wurden reichlich angewandt und meist gut ertragen; bisweilen stieg die Eiweißmenge an. Ebenso wirkten CO_2-Bäder nicht sicher günstig. Fälle, die nach Abklingen der akuten Erscheinungen der Badebehandlung unterworfen wurden, schienen bezüglich des Blutdruckes und des Allgemeinbefindens besser daran zu sein als Nichtgebadete. Sehr niedrig war die Mortalität, 1,3%. — Die Behandlung vermochte bald — nach 3—4 Wochen — den Eiweißgehalt des Harnes günstig zu beeinflussen; die Hämaturie war hartnäckiger und überdauerte nicht selten die Albuminurie. Der Blutdruck zeigte im allgemeinen das Bestreben, wenn anfänglich hoch, nur wenig oder nicht zu sinken, wenn anfänglich normal, im Verlaufe zu steigen, falls nicht entsprechende Maßnahmen getroffen werden. Die Prognose der Nephritis der Kriegsteilnehmer ist — wo keine Retinitis auftritt, die die Prognose erheblich verschlechtert — quad vitam um so günstiger, je eher die Diagnose gestellt und eine zweckmäßige Behandlung des akuten Stadiums ermöglicht wird. Vorsichtiger ist die Prognose bezüglich der endgültigen Heilung zu stellen, worüber, sowie über die systematische Fürsorge der Kriegsnephritiker interessante Ausführungen folgen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

230. **Über Nierenerkrankungen im Felde und Maßnahmen zu ihrer Verhütung;** von v. Stark. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 163.)

v. S. bespricht die mit Nierenerkrankungen gemachten Erfahrungen. Betont, daß besonders Soldaten leicht erkranken, die schon einmal nierenleidend waren und befürwortet deren Verwendung im Garnisonsdienst, sowie die Aussonderung der Orthotiker stärkeren Grades.

Andere Maßnahmen sind hygienische für Schützengräben und Unterstände, Haut-, besonders Fußpflege. Beseitigung im Körper von Ohr, Nase usw. bestehender Eiterherde, auch die Verhütung einseitiger Ernährung.

Cordes (Berlin).

231. **Zur orthostatischen (lordotischen) Albuminurie bei Soldaten;** von F. Adolph. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 225.)

Auch im 3. und 4. Jahrzehnt kommt die so häufig bei Kindern beobachtete orthostatische (lordotische) Albuminurie vor, besonders bei den vielfachen Gelegenheiten zu lordotischer Haltung im Militärdienst. Schon vor dem Diensteintritt zeigte sich eine Anzahl Soldaten als Albuminuriker und es ist als fraglich anzusehen, ob eine physiologische Albuminurie als Folge von Muskelanstrengung im Militärdienst überhaupt vorkommt.

Auf Grund vielfacher Untersuchungen ist anzunehmen, daß hauptsächlich das Moment einer Lordose der Lendenwirbelsäule wirksam wird, wenigstens jenseits des Kindesalters. Die Alkalimedikation ist in vielen Fällen wirksam. Die Kenntnis der orthostatischen Albuminurie ist wichtig für den Militärarzt, Lebensversicherung usw. An sich hat das Bestehen einer solchen keinen Einfluß auf die Dienstfähigkeit. Doch müssen Orthostatiker einen Bericht an den Feldarzt mitbekommen.

Cordes (Berlin).

232. **Die Kriegsverwendbarkeit der Herzkranken;** von Geigel. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 2. S. 60.)

Es werden die einzelnen organischen Affektionen angeführt, die im allgemeinen eine Kriegsverwendungsfähigkeit ausschließen, wobei natürlich nicht schema-

tisch verfahren werden darf. Fälle mit Aortenklappen- und Mitralinsuffizienz und vor allem mit Trikuspidalinsuffizienz, die nach Ansicht G.s viel häufiger vorhanden ist als sie diagnostiziert wird, können sehr wohl voll leistungsfähig sein, während mit Stenosen Behaftete fast stets dienstuntauglich sind. Hinweis auf bestehende atheromatöse Aortenklappeninsuffizienz, die nur folgende Symptome macht: *Systolisches* Geräusch, Kapillarpuls, Pulsfrequenz in der Ruhe 96—102. Nähere Angaben über die Feststellung des Grades der Leistungsfähigkeit der Herzen mit Myokardveränderungen und der nervösen Herzen (keine neuen Gesichtspunkte). Geppert (Hamburg-Eppendorf).

233. **Die Unterbringung tuberkulöser Soldaten im vorgeschrittenen Stadium**; von A. J. Cemach. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 4. S. 200.)

Im Kriege wird die Ausbreitung der Tuberkulose begünstigt und beschleunigt durch Strapazen, Entbehrungen, mangelhafte Ernährung, Erkältungen und Durchnässungen, Infektionskrankheiten und Traumen, besonders solche des Thorax. Latente tuberkulöse Herde, die sonst kaum je zum Ausbruch gekommen wären, werden manifest; noch unheilvoller ist die Wirkung der Kriegsschädlichkeiten auf bestehende aktive Prozesse.

C. appliziert seit 1915 jedem Mann, der auf seine Abteilung im Reservespital kommt, eine diagnostische Injektion von 0,004—0,005 Tuberkulomuzin subkutan. Anfangs wollte er „den diagnostischen Wert des Präparates aus eigener Erfahrung kennen lernen". Es reagierten 1915 14—25% im Sommer, 18—28% im Winter, 1916 22—45% im Sommer der neuankommenden Mannschaften deutlich positiv.

Je länger der Krieg dauert, desto dringender gebietet es das militärische Interesse selbst, daß die Tuberkulose in die Kriegsseuchen aufgenommen und als solche energisch bekämpft werde.

Die Absonderung der Vorgeschrittenen muß systematisch durchgeführt werden, sowohl bei der Truppe, auf dem Transport und in der Krankenanstalt. Spitalsinfektionen sind recht häufig. Jeder Verwundete und Kranke müßte auf dem Wege von der Front ins Hinterland eine Beobachtungsstation passieren und hier wenigstens 5 Tage in Beobachtung verbleiben.

Die Tuberkulösen würden in Spezialanstalten untergebracht.

Offene Tuberkulosen und progrediente Prozesse, von denen mit gewisser Sicherheit angenommen werden kann, daß sie sich unter dem Einfluß der Kriegsschädlichkeiten unaufhaltsam weiter entwickeln werden, dürfen nicht, wie es vielfach geschehen ist, zur Truppe zurückgeschickt werden.

Die in vorliegendem Aufsatz sehr schwarz geschilderten Verhältnisse beziehen sich auf Österreich, sie dürften auch dort nicht allgemein gültig sein. Schlichting (Kassel).

234. **Beschäftigung und Beaufsichtigung der lungenkranken Mannschaften in der Lungenheilstätte**; von Weicker. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 27. H. 5. S. 349.)

Bewegungs-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ist für diejenigen Lungenkranken, welche nicht an Komplikationen leiden, in ausgedehnterem Maße geboten, als sie bisher geübt wurde. Notwendig ist dabei eine planmäßige, zielbewußte, reguläre Aufsicht. So werden die Kranken einerseits vor den schädlichen Exzessen während der freien Zeit einer Kur bewahrt, und andererseits an leichte Arbeit gewöhnt, so daß sie nicht so leicht wie sonst zu Rentenjägern werden. Freiübungen, Spaziergänge, Beschäftigung in Wald, Feld, Garten und Wiese oder in den Werkstätten der Anstalt sind am Tage, Vorträge, Musik und sonstige geistige Tätigkeit sind für die Abende zu empfehlen. E. Fränkel (Heidelberg).

235. **Krieg und krankhafte Geisteszustände im Heere**; von Baller. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. H. 1. S. 1. 1917.)

Statistische Mitteilung über die Aufnahmen auf der Geisteskrankenstation eines Festungslazaretts und nähere Besprechung der einzelnen Krankheitsformen, sowie der Frage der Dienstbeschädigung. Felddienstfähigkeit werde durch jede überstandene Psychose und Neurose ausgeschlossen, zum Garnison- oder Arbeitsdienst solle man nicht so ohne weiteres über die genesenen Geisteskranken hinwegsehen. Jolly (Halle).

236. **Hysterie und Kriegsdienstbeschädigung**; von F. Grünbaum. (D. med. Woch. 1916. Nr. 47. S. 1452.)

Gr. berichtet über einen schon von Haus aus nervösen Landsturmmann, der nach Explosion einer Mine heftiges Zittern bekam. Nach Lazarettbehandlung, Garnison- und Etappendienst als Dienstuntauglich in die Heimat geschickt. Hier Behandlung durch 8 etwa 5 Minuten dauernde Hypnosen mit dem Erfolg einer Heilung des Schütteltremors und Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit.

Ein Rückfall zu Hause erscheint unwahrscheinlich; er ist mit Sicherheit beim Zurückbringen in militärische Verhältnisse zu erwarten.

Es erscheint als keine undankbare Aufgabe, beim Versagen anderer therapeutischer Versuche zur Hypnose zu greifen und den Leuten dadurch die Leistungsfähigkeit für ihren bürgerlichen Beruf zurückzugeben. Schlichting (Kassel).

237. **Zur Frage der Simulation bei Soldaten**; von G. Voß. (D. med. Woch. 1916. Nr. 48. S. 1476.)

Zweckbewußte, entweder auf Dienstbefreiung oder auf Rentenerschleichung gerichtete Vortäuschung krankhafter Störungen durch ein psychisch gesundes Individuum ist selten; häufiger kommt Übertreibung vor.

Mit dem Verdachte der Simulation sollte man deshalb zurückhaltender sein, insbesondere Leuten gegenüber, die sich im Felde bewährt oder Wunden davongetragen haben (Schädelverletzungen).

In allen Fällen ist fachärztliche Beobachtung angezeigt. Schlichting (Kassel).

238. **Ergebnisse der bisherigen kriegschirurgischen Erfahrungen.** *IX. Lungenschüsse*; von H. Matti. (D. med. Woch. 1916. Nr. 27. S. 817; Nr. 28. S. 848.)

Die Prognose der Lungenschüsse stellt sich in diesem Kriege keineswegs als so gutartig heraus, wie wir es nach den Erfahrungen früherer Kriege und den Friedenserfahrungen erwarten sollten. Sauerbruch fand als Gesamtmortalität der Brustschüsse einschließlich der Gefallenen eine Mortalität von 40%. Die glatten Durchschüsse durch Infanteriegeschosse sind relativ gutartig; der fast stets vorhandene Hämothorax soll, auch wenn er steril ist, punktiert werden, da sonst langwierige pleuritische Prozesse mit Schwartenbildung und Schrumpfungsprozesse in der Lunge sich einstellen. Granatsplitter-, Schrapnell- und Querschlägerverletzungen mit breiter Eröffnung der Pleura haben schwere, oft jauchige Empyeme im Gefolge, wenn sie nicht schon vorher akut durch Atmungs- und Herzstörungen zum Tode führen. Spätempyeme, zumal bei Steckschüssen, sind nicht selten;

meist handelt es sich hierbei um eine Infektion der Pleura von der geschädigten Lunge her. — Was die Behandlung der Lungenschüsse angeht, so werden die glatten Durchschüsse zunächst konservativ behandelt. Findet sich ein größerer Hämothorax, so ist er unter aseptischen Kautelen zu punktieren, eventuell durch Luft (Stickstoff) zu ersetzen. Bei infiziertem Hämothorax Rippenresektion. Beim Stauungspneumothorax muß die gestaute Luft abgelassen werden. Schwere Brustschüsse mit breiter Eröffnung der Pleura und Zerfetzung des Lungengewebes erfordern radikale chirurgische Behandlung. Sauerbruch hat in ganz frischen Fällen sofortige Ausschneidung der Wunde im Gesunden mit primärer Naht empfohlen, ähnlich wie es bei den ganz frischen Schädelschüssen üblich ist. Die Resultate dieser Methode sollen jedoch nicht ermutigend sein. Von größter Bedeutung ist eine lange exakte Nachbehandlung nach Lungenschüssen, um Schwartenbildung, Schrumpfungsprozesse in der Lunge usw. nach Möglichkeit zu verhüten.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

239. **Über frische Schußverletzungen des Herzens im Kriege;** von E. Pokorny. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 403.)

Mitteilung über 7 Herzverletzungen, von denen 6 mit Bauchverletzungen, 1 mit schwerer Lungenverletzung kompliziert war. Nur 1 Patient kam trotz Lungen-, Herz- und schwerer Darmverletzung mit dem Leben davon; eine Herznaht war hier nicht indiziert. Die Diagnose der frischen Herzverletzung ist aus den klinischen Symptomen meist nicht, durch die Röntgenuntersuchung fast stets einwandfrei zu stellen. Die Therapie der frischen Schußverletzung des Herzens war meist eine konservative (Bettruhe, Eisbeutel, Styptika, später Exzitantien, Sauerstoffinhalationen). Nur in jenen Fällen, wo es zur Tamponade des Herzens kam, wurde operiert. Die Technik der Operation wurde der jeweilig vorhandenen kombinierten Verletzung angepaßt. Jedenfalls ist auch im Feldspital ein operativer Eingriff bei Tamponade des Herzens direkt geboten.

Wagner (Leipzig).

240. **Über den Einfluß der Witterung auf die Gasbrandinfektion der Kriegswunden;** von R. Franz. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 52. S. 1830.)

Auf Grund genauer statistischer Aufzeichnungen hat Fr. gefunden, daß die Infektion der Schußwunden mit Gasbrandbazillen in Abhängigkeit von der Witterung steht. Die Abhängigkeit ist natürlich keine direkte, sondern hängt mit der Zunahme der Feuchtigkeit des Bodens und der Durchtränkung der Kleidungsstücke infolge Regens, sowie mit der Übertragung der anäroben Gasbrandkeime mit der Erde auf Kleid und Leib des Soldaten zusammen. Am häufigsten werden die unteren Gliedmaßen, die am meisten mit der Erde beschmutzt werden können und deren Bekleidung am seltensten ausgezogen wird, mit Gasbrand infiziert, selten die oberen Gliedmaßen und der Rumpf, gar nicht das Gesicht.

Wagner (Leipzig).

241. **Über die Verletzungen durch das Lufttorpedo;** von G. Kelemen. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 50. S. 1778.)

Das Lufttorpedo ist ein 15—20 cm langes, spindelförmiges Geschoß, das aus einem Lanzierrohr abgeschossen und durch eine Propellerschraube getrieben wird. Die außerordentlich starke Sprengladung ist in einer verhältnißmäßig dünnen Metallhülse geborgen. Diese wird daher beim Aufschlag in viele, sehr kleine, manchmal nadelartig fein gespitzte scharfe Teilchen zerfetzt. Die 3 Faktoren also: sehr starke Sprengwirkung (Luftdruck), Menge und Beschaffenheit der Sprengstücke bedingen die charakteristische Verletzungsart. Zusammengefaßt stellt sich das Bild der Mehrzahl der Lufttorpedoverletzungen wie folgt dar: zahlreiche, schnitt- und stichwundenartige, kleine, bloß in ihren späteren Folgen eventuell ernstere Wunden an allen Personen der Umgebung, begleitet von mehr oder weniger starken Erschütterungserscheinungen.

Wagner (Leipzig).

242. **Die Wahl des Betäubungsverfahrens bei der kriegschirurgischen Frühoperation;** von F. Härtel. (v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. 1917. Neue Folge 728.)

Die Frühoperation ist als ein segensreicher Fortschritt in der Kriegschirurgie unserer Tage zu begrüßen. Es ist jedoch, wenn irgendwo, so hier, die alte Warnung nil nocere angebracht. Wir erreichen dies in erster Linie durch schonende Anästhesierung. Sie besteht darin, daß wir zum Mittelpunkte aller Betäubungsverfahren die Lokalanästhesie machen, nach Bedarf die anderen Verfahren: Lumbal- und Sakralanästhesie, Rauschnarkose, Morphium-Atropin-Äthernarkose bzw. Mischnarkose heranziehen und von der reinen Chloroformnarkose grundsätzlich Abstand nehmen. Die Vorzüge der Lokalanästhesie — H. verwendet $^1/_2$- oder 1proz. Novokain-Suprareninlösung — werden besonders hervorgehoben, namentlich die im Felde so wichtige Personal- und dadurch bedingte Zeitersparung.

Wagner (Leipzig).

243. **Zur Frage der Desinfektion der Hände mit besonderer Berücksichtigung der Kriegschirurgie;** von R. v. Baracz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 21. S. 449.)

v. B. empfiehlt die von Weir eingeführte *Chlorkalk-Sodadesinfektion,* deren Gebrauchsweise sehr einfach ist und die Hände kaum angreift. Sie wirkt mechanisch die Bakterien beseitigend und chemisch die Bakterien tötend. Eines der mächtigsten Antiseptika wirkt dabei direkt bakterizid: der Sauerstoff in statu nascendi. Es handelt sich also bei diesem Verfahren höchstwahrscheinlich nicht nur um eine Tiefen-, sondern auch um eine Dauerwirkung, wenigstens für die Zeit der Operationsdauer und darüber. Zu diesem Desinfektionsverfahren eignet sich aber nur höchstgradiger und garantiert reiner Chlorkalk in wasser- und luftdichter Verpackung.

Wagner (Leipzig).

244. **Militärärztliche Beobachtungen eines Dermatologen;** von O. Rosenthal. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 8. S. 180.)

Auch R. warnt vor der Überschätzung der Wassermann-Reaktion. An einigen Fällen, in denen die Reaktion unrichtig ausfiel, weist er auf den Schaden hin, den eine Fehldiagnose auf Grund falsch bewerteter Wassermann-Reaktion anrichtet. In diagnostisch zweifelhaften Fällen gewinnt sie an Wert, aber nie darf sie als alleiniger Maßstab für das therapeutische Vorgehen benutzt werden, besonders wenn sie mit der Klinik in Widerspruch steht. Der objektiven klinischen Beurteilung am Krankenbett muß wieder zu ihrem Rechte verholfen werden. — Ferner ein Fall von Arsenintoxikation nach Salvarsan (10 × 0,45 Neosalvarsan) mit Keratose und Melanose. — Diathermie bei der Behandlung des gonorrhoischen Prozesses als solchen hat keine besondere Bedeutung; bei Komplikationen und Erkrankungen der Nachbarorgane ist ihr Wert nur ein sehr bedingter, da sie eine Sicherheit der Heilung nicht gewährt.

Brauns (Dessau).

245. **Über die Pyodermatosen im Felde**; von D. Turnheim. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 536.)

Aus der Beobachtung heraus, daß bei den Pyodermatosen nicht Umschläge von Sublimat, sondern der chemisch-mechanische Reiz des Abreibens mit Sublimattupfern (1 : 1000) wirkt, rät T. zur Behandlung aller eitrigen Stellen mit aller 2 Tage wiederkehrenden solchen Abreibungen und nachfolgendem Borsalben-Verband. Wo die Wunde gereinigt ist, Jodtinktur- und Borsalbe. Heilung meist in $1^1/_2$—3 Wochen.

Brauns (Dessau).

246. **Beobachtungen bei Gasvergifteten**; von P. Ujlacki. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 1. S. 37.)

Die Gase wirken durch in der Bronchialschleimhaut verlaufende autonome Nerven reflektorisch auf die Medulla oblongata, vielleicht auch auf das motorische Zentrum. Wir unterscheiden ein Schock- und ein Kollapsstadium, Herzwirkung im Schockstadium noch genügend, im Kollaps bereits erschöpft. Therapeutisch: Atropinum sulfur. subkutan *keine* Herzstimulation, im Kollaps Äther und Adrenalin. Packungen, künstliche Atmung. Kaffee, Wein. Abtransport erst nach Erholung.

Cordes (Berlin).

II. Physiologische und pathologische Chemie.

247. **Ein neues Pflanzensekretin**; von A. Bickel. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 74.)

Im Spinat ist ein Körper enthalten, der hinsichtlich seiner physiologischen Wirkung auf Magen und Pankreas als „Spinatsekretin" bezeichnet wird. Es ist im frischen Spinat fest verankert, geht nur nach langem Kochen des Spinats in das Kochwasser über, wird dagegen bei der Spinathydrolyse mit Salzsäure in reichstem Maße gewonnen. Spinatsekretin ist noch bei 100° beständig, wird aber bei 140° wesentlich geschädigt. Durch Kochen mit konzentrierter Salzsäure wird es nicht zerstört und ist in Wasser leicht, in absolutem Alkohol schwer löslich.

Hinsichtlich seiner physiologischen Wirkung auf die Drüsen sowohl bezüglich der Intensität wie der Angriffspunkte der Wirkung hat es mit dem Pilokarpin viel Ähnlichkeit. Es ist eines der stärksten exzitosekretorisch wirkenden Mittel auf Magen und Pankreas. Den chemischen Eigenschaften nach zu schließen handelt es sich wahrscheinlich um einen organischen Körper, dessen Zersetzungspunkt unter 140° liegt.

Bachem (Bonn).

248. **Anaphylactic action of grains on respiratory tract**; by J. A. Turnbull. (Boston med. and surg. Journ. Dez. 28. 1916. S. 931.)

Die Proteide von Weizen, Hafer, Gerste, Mais und Reis haben eine ausgesprochene anaphylaktische Wirkung auf die Respirationsorgane mancher Individuen; bei Heufieberkranken sind die Erfolge bei Anwendung von Weizen = 100, von Gerste = 66, von Hafer 64, von Reis 82 und von Mais = 90%. Zur Ausführung der Kutanreaktion benutzt man den mit 70proz. Alkohol abgeriebenen Vorderarm; in eine Inzisionswunde von etwa $^1/_2$ cm Länge wird das aufgelöste oder pulverisierte Proteid eingebracht. In 2—20 Minuten tritt die positive Reaktion in Gestalt von Bläschen oder Hyperämie ein. Erhitzen erhöht die Wirkung der Proteide; selbst stärkere Wärmegrade vermögen sie nicht völlig zu zerstören.

Fischer-Defoy (Dresden).

249. **Über Fibrinogenvermehrung im menschlichen Blute**; von J. Löwy. (Zentralbl. f. innere Med. 1916. Nr. 48. S. 833.)

L. nimmt an, daß eine Vermehrung der Fibrinogenbildung nach parenteraler Eiweißzufuhr auf einer Funktionssteigerung der Leber beruht. Eine Funktionssteigerung der Leber zeigt sich z. B. in einer vermehrten Glykogenausschüttung. Es wurden Untersuchungen angestellt über die Veränderungen des Fibrinogengehaltes des Venenblutes unter dem Einfluß von auf die Leber einwirkenden Reizen. Parenterale Eiweißzufuhr bewirkt stets eine Vermehrung des Fibrinogens, während Aderlässe, die gleichfalls einen Leberreiz ausüben, nicht konstant diese Wirkung zeigen; L. schließt daraus, daß die Einwirkung von Proteinkörpern auf die Leber eine viel intensivere ist. Verschieden zusammengesetzte Eiweißkörper lösen bei parenteraler Zufuhr gleiche Reaktionen aus, die nur quantitative Unterschiede aufweisen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

250. **Über die reduzierenden Substanzen des Liquor cerebrospinalis**; von J. Löwy. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 285.)

Der Zuckergehalt des Blutes ergab sich bei demselben Patienten immer höher als der des Liquor.

Bei chronischer Erkrankung des Zentralnervensystems schwankt der Zuckerwert zwischen 0,08 bis 0,10%. Bei entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Meningen können die vorhandenen Substanzen nicht ausschließlich als Ausdruck eines Transsudationsprozesses vom Blute her gedeutet werden; ein Teil des vorhandenen Zuckers ist wahrscheinlich direkt auf entzündliche Prozesse im Zentralnervensystem zurückzuführen.

Bei starker Hyperglykämie ist auch der Zuckergehalt des Liquor cerebrospinalis erhöht.

Azeton und Azetessigsäure gehen in den Liquor cerebrospinalis über. Ein glykolytischer Prozeß ist im Liquor cerebrospinalis nicht nachweisbar.

Cordes (Berlin).

251. **Quantitative Urobilinogenbestimmungen im Stuhl bei den Anämien der Kinder**; von Glanzmann. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 34. H. 2. S. 95.)

Zunächst bespricht G. unter Zugrundelegung eigener Beobachtungen Blutzerfall, Galle und Urobilin in ihren Beziehungen zueinander und geht dann eingehend auf die Methodik der Urobilinogenbestimmung ein. Ferner berichtet er über normale und anormale Verhältnisse des Urobilinogens und befaßt sich in einem weiteren Teil der Arbeit mit der alimentären Anämie, die bei jeder Fettüberernährung entsteht. Wenn zu dieser, die nicht immer als periphere Blutschädigung offenbar wird, eine konstitutionelle Minderwertigkeit des Blutbildungsgewebes kommt, so entsteht leicht eine relative Insuffizienz der Regeneration und eine Abartung in pathologische Befunde.

Die enge Verwandtschaft von Blutbildungs- und Blutgefäßsystem, nämlich die Abstammung aus dem Mesenchym, dem auch das Fettgewebe entstammt, machen es nach G. anschaulich, warum die Minderwertigkeit des Blutbildes sich so häufig mit exsudativer Diathese und Adipositas vergesellschaftet.

Cordes (Berlin).

252. **Über die Beziehungen der Nebenniere zur Piqûre**; von Biberfeld. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 80. S. 164. 1917.)

Adrenalin ruft bei adrenalingewöhnten Tieren (Kaninchen) keine Glykosurie, wohl aber Hyperglykämie hervor; das gleiche gilt meist für die Piqûre bei nebennierenlosen Kaninchen. Bei adrenalingewöhnten Tieren erzeugt die Piqûre keine Glykosurie, nur eine mäßige Hyperglykämie, während Phloridzin gut wirksam ist.

Nach Ansicht B.s liegt die Sache so: Die Piqûre und die ähnlich auf den Kohlehydratstoffwechsel wirkenden chemischen Reize, z. B. Diuretininjektion, können allein schon das Glykogen mobilisieren. Um es aber im Harn erscheinen zu lassen, bedarf es noch der Mitwirkung des Adrenalins. Wo dieses gänzlich fehlt oder wo es durch Gewöhnung seine Zuckerwirkung verloren hat, kann es nur zu einer Hyperglykämie, nicht aber zu einer Glykosurie kommen. Hier führt nur das Phloridzin, das ja auch bei normalen Tieren bei normalem Blutzuckergehalt glykosurisch wirkt, zur Zuckerausscheidung. Eine Beziehung des Adrenalins zur Wirkung der Piqûre (Blum und Kahn) wäre demnach nicht abzuweisen.

Bachem (Bonn).

253. **Der Einfluß der CO_2 auf die Blutgefäße, sowie die Beziehungen der CO_2 (zur vasokonstriktorischen Blutkomponente Adrenalin);** von W. Arnoldi. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 18. H. 3. S. 304.)

Setzt man zur Durchströmungsflüssigkeit am Laewen-Trendelenburgschen Froschpräparat CO_2 hinzu, so ändert sich die Gefäßweite nicht. CO_2 vermindert indessen die Wirkung des Suprarenins auf den Gefäßtonus. Das CO_2-Bad verändert die vasokonstriktorische Beschaffenheit des Blutes. Ein vermehrter Gehalt des Blutes an CO_2 scheint die Adrenalinsekretion anzuregen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

254. **Beiträge zur Proteinkörpertherapie;** von W. Weichardt. (Wien. klin. Woch. 1916. S. 1611.)

Kleine Dosen parenteral verabreichter Proteinsubstanzen wirken anregend auf den tierischen Körper und seine Funktionen, größere wirken lähmend. Es scheint sich um ein allgemein biologisches Gesetz zu handeln, bei dem die allgemeine Leistungssteigerung von W. als Protoplasmaaktivierung bezeichnet wird. Wird die Anregung der sauerstoffübertragenden Eigenschaft des Blutkatalysators durch geringe Mengen von Eiweißspaltprodukten zur Messung herangezogen, so können quantitativ in vitro austitrierbare Werte gewonnen werden.

Koenigsfeld (Freiburg).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

255. **Gelatineeinbettung für Gefrierschnitte;** von S. Gräff. (Münchn. med. Woch. 1916. S. 1482.)

Gr. berichtet über ein von Gaskell modifiziertes Verfahren zum Einbetten von Gefrierschnitten. Das Verfahren ist kurz folgendes:

Gutes Auswässern der fixierten Präparate, alsdann Einlegen derselben 3—24 Stunden in eine 25- und 12proz. Lösung einer aufgeweichten Gelatine in 1proz. Karbolwasser im Brutofen bei 37°. Hierauf gießen in dicke Gelatinelösung. Aufschneiden und fixieren des Blocks in 10proz., aufbewahren in 4proz. Formollösung. Nach dem Schneiden auf dem Gefriermikrotom gründliches Auswässern der Schnitte in wässerigen Farblösungen, langes Färben mit verdünnten Lösungen. Gründliches Wässern der gefärbten Schnitte. Dann Glyzeringelatine oder Anilinöl, Toluol, Kanadabalsam, Deckglas. Wenn Alkohol angewandt wird, Aufziehen und Antrocknen der ungefärbten Schnitte auf dem Objektträger. Cordes (Berlin).

256. **Drei seltene Fälle von Herzmißbildung;** von O. Heitzmann. (Virchows Arch. Bd. 223. H. 1. S. 57.)

Im ersten Falle fand sich neben einem Septumdefekt eine Dextropositio der Aorta, Atresie der Arteria pulmonalis, die durch einen offenen Ductus Botalli und zwei Bronchialarterien ersetzt war; außerdem bestanden eine linke und eine rechte Vena cava sup. Im zweiten Falle handelte es sich außer dem Defekt im Septum um eine Transposition der Gefäße, so daß die Aorta aus dem rechten, die Art. pulm. aus dem linken Ventrikel stammte. Der rechte Ventrikel und der linke Vorhof waren rudimentär, dabei starke Vergrößerung des rechten Vorhofs, offener Ductus Botalli und Stenose der Aorta an der Stelle des Abgangs des Ductus Botalli. Die Besonderheiten des dritten Falles lagen in dem Ursprung der linken Art. coronaria aus der Art. pulmonalis und in Schwielenbildungen der Wand und Papillarmuskeln des linken Ventrikels mit Kalkablagerungen; dabei bestanden diffuse Endokardverdickungen, starke Dilatation des linken Vorhofs mit Thrombenbildung. Die einzelnen Mißbildungen werden nach ihrem entwicklungsgeschichtlichen Ursprung eingehend besprochen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

257. **Zur Symptomatologie des offenen Ductus Botalli;** von J. Forschbach und M. Koloczek. (Münchn. med. Woch. 1916. Nr. 46. S. 1617.)

Bei 2 Fällen von offenem Ductus Botalli fanden sich außer den bekannten Symptomen (doppelseitige Herzverbreiterung, parasternale Dämpfung links im Bereich der 2. bis 3. Rippe, systolisches Geräusch und Schwirren über diesem Dämpfungsbezirk, röntgenologisch starke Vorwölbung des zweiten linken Herzbogens) folgende Erscheinungen: Bei tiefer lang ausgedehnter Inspiration und beim Valsalvaschen Versuch wurde das systolische Geräusch beträchtlich leiser, bzw. verschwand gänzlich. Dieses Phänomen erklären F. u. K. durch Verminderung des systolischen Aortendrucks, die unter dem Ansteigen des intraalveolaren Druckes nach anfänglicher kurzer Druckerhebung zustande kommt. Aus der Druckherabsetzung im Aortensystem resultiert auch die röntgenologisch zu beobachtende Abflachung des Pulmonalisschattens beim Valsalvaschen Versuch. Die von Bittorf als Erklärungsursache angenommene Drucksteigerung in der Pulmonalis allein könne nicht ausreichen, da der normale Aortendruck stets den Pulmonalisdruck überwinden könne und damit der Zustrom zur Pulmonalis unterhalten bliebe. Die Entstehung des Geräusches beim Ductus Botalli scheint F. u. K. durch eine von Straßmann beschriebene schürzenförmige Klappe am aortalen Ende bedingt. Es wurde außerdem in einem Falle das Fehlen der J. P.-Zacke im E. K. G. festgestellt. Der J. P.-Zacke scheint demnach keine pathognomonische Bedeutung für kongenitale Herzfehler zuzukommen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

258. **Vorwölbung der Supraklavikulargruben als wesentliches Symptom der Plethora;** von K. Truneček. (Časopis lékařův českých. 1916. Nr. 44 u. 45.)

Siebenjährige Erfahrungen lehren Tr., daß die Fossa supraclavicularis bei Plethora Sitz einer besonderen Anschwellung ist, die einer glatten, rundlichen Vorwölbung ähnelt (Abbildung). Diese ist meist auf beiden Seiten vorhanden und ist über ihrer Basis beweglich, ohne sich aber von derselben trennen zu lassen. Beim Zusammendrücken verschwindet sie, um gleich nachher in ursprünglicher Größe und Form zurückzukehren. Die Perkussion der Vorwölbung ergibt dumpfen Schall, der sich von dem der Lungenspitzen deutlich unterscheidet. Anatomisch stellt sich die Vorwölbung als ein unter der Haut und dem Platysma gelegenes Gefäßnetz dar, das aus dilatierten Kapillaren und Venen zusammengesetzt ist. An der Bildung derselben beteiligen sich Äste der V. jugularis externa, der V. supraclavicularis und der V. jugularis anterior. Tr. behauptet, diese anatomische Eigentümlichkeit sei charakteristisch für Plethora und er bezeichnet sie als plethorische Vorwölbung der Supraklavikulargrube. Ihren Ursprung verdankt sie dem Umstand, daß die übermäßige Blutmenge jene Kapillaren und Venen am leichtesten ausdehnt, die keinem Druck der Umgebung ausgesetzt sind; dies trifft ganz besonders für die Fossa supraclavicularis zu, die nur von Haut und dem Platysma bedeckt ist. — Die supraklavikulare Vorwölbung hat daher für die Diagnose der Plethora große Bedeutung; sie ist das auffallendste Symptom der Blutüberfüllung der Gefäße und bei Plethora serosa, bei der nur das Blutplasma vermehrt ist, das einzige Symptom (Beschreibung eines Falles). Auch für die Prognose und Therapie ist die Vorwölbung wichtig, denn sie zeigt an, daß die Blutmenge dem Organismus lästig zu werden beginnt. Bei drohendem Lungenödem ermöglicht die Vorwölbung die Erkennung der Gefahr auf den ersten Blick und gebietet die Vornahme eines ausgiebigen Aderlasses. Bei Arteriosklerose und Nephritis ist sie das Zeichen einer drohenden Apoplexie. — Die supraklavikuläre Vorwölbung ist als ein Depot des überschüssigen Blutes anzusehen, das der Organismus an einer Stelle ablagert, wo die Ausdehnung der Gewebe weder dem Gesamthaushalt einen Schaden zufügt, noch die Nachbarschaft belästigt. Die Deformierung des Blutes hat den Zweck, die aktiven Teile des Zirkulationsapparates, das Herz und die Arterien zu schonen und den von der übermäßigen Blutmenge zusammengedrückten Organen eine Entspannung zu bringen. Mühlstein (Prag).

259. **Status lymphaticus;** by W. L. Culbert. (New York med. Journ. Oct. 14. 1916. S. 739.)

Alle Kinder, die zu einer Narkose kommen, besonders wenn es sich um die Herausnahme von Tonsillen oder adenoiden Wucherungen handelt, sollten genau untersucht werden. Bestehen vergrößerte Lymphknoten, Knochendeformationen, vergrößerte Papillen am Zungengrunde oder besitzt die Epiglottis eine omegaförmige Gestalt, oder deuten sonst irgendwelche Zeichen auf einen Status lymphaticus hin, so ist die Operation zu unterlassen. Über 2 Fälle, von denen einer mit dem Tode endigte, wird berichtet.

Fischer-Defoy (Dresden).

260. **Die Kassowitzsche Irrlehre von der angeborenen Rachitis;** von E. Wieland. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 34. S. 360. 1916.)

Als Resultat seiner Ausführungen betont W., daß zu den wenigen gesicherten Tatsachen in der Rachitisfrage unbedingt das Fehlen einer sogenannten intrauterinen oder angeborenen Rachitis gehört, daß die Rachitis ausschließlich mit postmortalen frühestens beim Säugling einsetzenden Veränderungen beginnt, von denen keine nachweisbaren Spuren in das intrauterine Leben zurückreichen. Cordes (Berlin).

261. **Die persistierende Lanugo als Zeichen konstitutioneller Minderwertigkeit;** von J. Paulsen. (Berl. klin. Woch. 1916. S. 1096.)

Die ursprünglich von W. A. Freund und Hegar ausgesprochene Annahme, daß das Bestehenbleiben des fötalen Wollhaarkleides mit anderen Entwicklungsstörungen gepaart vorkommt, hat P. auf Grund eigener Beobachtungen bestätigt gefunden, und zwar gelangte er zu der Ansicht, daß geringe Lanugo am Rücken, am Kreuzbein und an den Armen auf ein allgemeines Zurückbleiben der Entwicklung hindeutet und den Verdacht auf bestehende Tuberkulose und andere auf konstitutionell geschwächtem Boden entstehende Krankheiten erregt. An der Hand einer geeigneten Kasuistik führt er Beweise für seine Annahme ins Treffen, indem er einmal die Minderwertigkeit der Betreffenden auf Grund hereditärer bzw. familiärer Verhältnisse darlegt, besonders aber auf das häufige Zusammentreffen anderer speziell für Tuberkulose disponierender Momente (Habitus phthisicus usw.) aufmerksam macht. Die Lanugo bedeutet ein Stehenbleiben der Entwicklung, ein Infantilismus.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

262. **Die Pseudoepiphysen ein Stigma der endokrinen Hemmung des Skelettwachstums;** von A. Josephson. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. S. 266. 1916.)

Das bei Jugendlichen mit endokrinen Störungen zu 55% beobachtete Auftreten von Pseudoepiphysen deutet J. als weiteres endokrines Stigma, das stets auf eine endokrine Hemmung des Skelettwachstums hinweist. Kautz (Hamburg).

263. **Beiträge zur Kenntnis des Lungenechinokokkus;** von F. Weinberg und E. Degner. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. S. 319. 1916.)

W. u. D. beschreiben 4 Fälle von Lungenechinokokken, die vorher längere Zeit als Lungentuberkulose behandelt wurden. Klinische Untersuchung wie Untersuchung auf Eosinophilie und Komplementreaktion versagten; erst die bei allen Fällen vorgenommene Röntgenuntersuchung ergab das Vorhandensein und den Sitz des Echinokokkus. Da das Röntgenbild auch über die eventuelle Operabilität hinreichend aufklärend wirkt, ist eine Röntgenuntersuchung bei allen nicht eindeutigen und unklaren Fällen von Lungenerkrankung vorzunehmen. Kautz (Hamburg).

264. **Zur vaskulären Nierensklerose;** von M. Löhlein. (Med. Klin. 1916. Nr. 40. S. 1042.)

L. nimmt auf Grund von Äußerungen über seine früheren Arbeiten Stellung zur Frage nach Wesen und Ätiologie der Hypertonie.

Nierenarteriolen und präkapillare Gefäße sind durch ihre sklerotische Erkrankung der „primäre" Vorgang der Hypertonie. Diese „primäre" Blutdrucksteigerung wird der pathologische Anatom kaum beantworten können. Die Ursache der Hypertonie hält L. für noch nicht spruchreif. Cordes (Berlin).

265. **Beiträge zur Kenntnis der Alkoholneuritis;** von H. Eichhorst. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 121. S. 1. 1916.)

E. hatte in den Jahren 1884—1914 in der medizinischen Klinik in Zürich 234 Fälle von Polyneuritis in Behandlung, von diesen waren 124 Fälle von Polyneuritis alcoholica. Nur bei einem dieser Fälle von Alkoholpolyneuritis war Herpes zoster aufgetreten. Die anatomische Untersuchung bot einen eigentümlichen Befund an den hinteren Rückenmarkswurzeln

dar. Es werden Krankengeschichte und anatomische Diagnose mitgeteilt. Weitere kasuistische Mitteilungen betreffen 2 Fälle von gleichzeitigem Vorkommen von Alkoholneuritis und alkoholischer Leberzirrhose, einen Fall von alkoholischer Abduzenslähmung und einen Fall der endarteritischen Form der Alkoholneuritis. In einer Schlußbemerkung wird die Sudanfärbung als die beste Methode zur Untersuchung degenerierter Nerven empfohlen. Kankeleit (München).

266. **Zu den zytologischen Veränderungen nach der Typhusimpfung;** von M. Labor. (Wien. klin. Woch. 1916. S. 1393.)

Im Anschluß an die Typhusschutzimpfung tritt nach der Lymphozytose der ersten Periode eine Eosinophilie ein, welche, allerdings nicht konstant, so doch am öftersten und intensivsten, am Ende des zweiten oder am Beginne des dritten Monats einsetzt, ziemlich rasch zu ihrem höchsten Werte steigt, um dann langsam oder schneller im Verlaufe der folgenden Monate wieder abzuklingen. Ob erste oder zweite Impfung, schien nicht von Bedeutung. Eine Parallelität zwischen Agglutinationsvermögen und Leukozytenkurve war nicht konstant festzustellen. Trotzdem nimmt L. aus verschiedenen Gründen einen Zusammenhang zwischen beiden an. Koenigsfeld (Freiburg).

267. **Eine Anregung zur Anstellung von Kutisreaktionen bei Fleckfieber;** von E. Jacobsthal. (D. med. Woch. 1916. S. 1093.)

Wahrscheinlich kommt als Erreger des Flecktyphus die von Rocha-Lima genauer erforschte Rickettsia Prowazeki in Betracht. Dieses bisher nicht gezüchtete Virus findet sich in ungeheuren Mengen im Darm und in Darmepithelien der Laus, die am infektionstüchtigen Fleckfieberkranken gesogen hat. Es wird angeregt, aus derartigen Läusen Extrakte herzustellen und damit Kutireaktionen vorzunehmen. Kontrollen mit Normalläuseextrakten sind erforderlich. Koenigsfeld (Freiburg).

268. **Über Sepsis lenta;** von P. Deus. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1916. S. 1473.)

Nach einem literarischen Überblick über die bisher veröffentlichten Fälle der durch den Streptococcus viridans hervorgerufenen Sepsis lenta gibt D. einen eigenen Fall, bei dem eine Klappenendokarditis fehlte, dafür aber eine ausgedehnte Wandendokarditis zu einer fast vollständigen Thrombose beider Ventrikellumina geführt hatte. Veränderungen, die er außerdem an einem zufällig exzidierten Stück Oberschenkelmuskulatur gefunden hat, lassen die Möglichkeit von Beziehungen zur akuten Polymyositis offen. Wehrsig (Aachen).

269. **Zur Theorie des Schwarzwasserfiebers;** von K. Hintze. (D. med. Woch. 1916. S. 1186.)

Die Hämoglobinurie, welche in unserem Klima auftritt, hat sicherlich verschiedene Ursachen. Die als Schwarzwasserfieber bezeichnete und meist im Anschluß an Malaria vorkommende Form hat wahrscheinlich ebenfalls keine einheitliche Ätiologie. Eine der Ursachen ist möglicherweise zu suchen in dem Einfluß der strahlenden Energie, wobei das in den roten Blutkörperchen vorhandene Chinin und die durch die Malariaplasmodien erzeugten Abbauprodukte des Hämoglobins als sensibilisierende Substanzen dienen könnten. Es wird angeregt, bei Schwarzwasserfieberkandidaten Versuche anzustellen, ob ihr Blut gegen Bestrahlung empfindlicher ist als das gesunder Individuen. Koenigsfeld (Freiburg).

270. **Über Papatazifieber;** von V. Schilling und F. Schiff. (D. med. Woch. 1916. S. 1378.)

Das klinische Krankheitsbild dieser endemisch im Orient auftretenden Erkrankung ist wenig charakteristisch. Unter allgemeiner Abgeschlagenheit setzt plötzlich hohes Fieber ein, Verdauungsstörungen, manchmal mit Erbrechen, Nervosität, Kopf-, Glieder- und Muskelschmerzen. Häufig tritt eine allgemeine Konjunktivitis auf. Das Fieber dauert im allgemeinen 1—3 Tage. Frühzeitig ist Leukopenie mit Lymphozytose und Großmononukleose festzustellen. Der Erreger, nach Doerr ein filtrierbares Virus, befindet sich zweifellos im Blute, ist bisher aber nicht darstellbar gewesen. Die Krankheit wird aller Wahrscheinlichkeit nach durch die Stiche von Phlebotomus papatasii Scopoli, sog. Sandfliegen, übertragen. Chinin versagt therapeutisch; symptomatisch verschafft Aspirin Erleichterung. Prophylaktisch gegen die Sandfliegen empfiehlt sich außer engmaschigen Fliegennetzen das Besprengen der Zimmerwände mit 1proz. Formalin.

Die Kenntnis dieser prognostisch unbedingt günstigen Erkrankung ist wichtig, um Verwechslungen mit schweren oder ansteckenden Infektionskrankheiten und den dadurch hervorgerufenen besonderen Maßnahmen zu vermeiden. Koenigsfeld (Freiburg).

271. **Das Verhalten der mononukleären Leukozyten bei der Malaria;** von W. Zweig und J. Matke. (Wien. klin. Woch. 1916. S. 1328.)

Die beobachteten Veränderungen der einkernigen weißen Blutzellen bezogen sich auf Form- und Größenvariationen, Abschnürungen, phagozytäre Tätigkeit, Auftreten von Vakuolen und Pigment im Inneren der Zelle. Besondere Beachtung verdient die bis jetzt im fließenden Blute noch nicht beobachtete Zellteilung. Die beschriebenen Veränderungen der Lymphozyten zeigten sich nach Chinininjektionen in verstärktem Maße. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

272. **Experimentelles über die Jerichobeule;** von L. Goldberg. (Zentralbl. f. Bakt. Bd. 78. S. 15. 1916.)

Durch den Nachweis von Leishmania-Parasiten in den Makrophagen, sowie positive Übertragungsversuche auf Macacus rhesus ließ sich der Nachweis erbringen, daß die streng auf Jericho und seine Umgebung lokalisierte Form der Hautbeulenerkrankung ebenfalls in die große Gruppe der Leishmaniosis furunculosa gehört. Zur Entscheidung der Möglichkeit, daß es sich bei der Beulenerkrankung um Kala-Azar-Parasiten handeln könnte, die durch Kamelpassage abgeschwächt sind, behält sich G. Untersuchungen über das Vorkommen von Kala-Azar in der Umgebung von Jericho vor. Wehrsig (Aachen).

273. **Beitrag zur Frage der Lepra-Überimpfung auf Affen;** von Kyrle. (Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 19. S. 172. 1916.)

Bei einer Leprakranken traten im Verlaufe der Erkrankung unter stürmischen Erscheinungen und hohem Fieber furunkelartige Infiltrate der Haut auf, in deren zentralen nekrotisch-eitrigen Partien massenhaft Leprabazillen teils frei, teils in zerfallenden Leukozyten eingeschlossen, nachweisbar waren.

Tierversuche mit diesem Material ließen bei 3 Makaken typische Leprome angehen, deren genaue histologische Beschreibung gegeben wird.

Daß hier die Impfung ausnahmsweise positiv verlief, erklärt K. aus der besonders hohen Virulenz des Impfmaterials. Fremdkörperwirkung ist diesmal sicher

auszuschließen, weil der Impfeiter ja nur aus reinen Leprabazillen und einigen zerfallenden Leukozyten bestand. Wehrsig (Aachen).

274. **Die Ätiologie der Weilschen Krankheit**; von Hübner und Reiter. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 81. S. 171. 1916.)

H. u. R. berichten, daß es ihnen in einer großen Zahl von Fällen gelungen ist, durch intraperitoneale Impfung von 0,5—1,0 ccm Patientenserum die Weilsche Krankheit auf Meerschweinchen zu übertragen. Die Übertragung gelingt fast ausnahmslos, wenn das Blut in den ersten Krankheitstagen möglichst noch vor Auftreten des Ikterus entnommen werden kann. Die günstigste Zeit ist der 3. bis 6. Krankheitstag; auch die Verimpfung von Urin am 5. Krankheitstage hatte ein positives Ergebnis. Der Krankheitsverlauf und Sektionsbefund der infizierten Tiere zeigt weitgehende Übereinstimmung mit dem menschlichen Krankheitsbild; besonders charakteristisch sind die mäßig virulenten, nicht allzu rasch zu Tode führenden Fälle. Passageübertragungen gelingen leicht sowohl mit Blut, als auch mit Leberaufschwemmungen.

Regelmäßig und in großer Zahl in der Leber, spärlicher auch im Blute und in den Ausstrichen der übrigen Organe infizierter Tiere ließen sich zarte, spirochätenartige Gebilde nachweisen, die sich nach Giemsa zartrot färben und sehr häufig eine charakteristische Knöpfchenbildung an einem Ende aufweisen, nach der sie H. u. R. als Spirochaete nodosa bezeichnen. Auch in dem Material menschlicher Krankheitsfälle ließen sich diese Spirochäten nachweisen; eine Züchtung ist jedoch H. u. R. bisher nicht gelungen. Filtration durch Berkefeldkerzen ergab zwar eine Verzögerung, jedoch keine Aufhebung der Infektion. Übertragungsversuche auf verschiedene andere Tierarten ergaben nie das charakteristische Krankheitsbild wie beim Meerschweinchen, Kaninchen, Affen und wahrscheinlich auch Pferde sind zwar für die Infektion empfänglich, erkranken jedoch nur leicht und ohne nachweisbaren Ikterus.

Eine direkte Kontagiosität der Erkrankung konnte weder bei den menschlichen Spontanfällen noch bei den infizierten Versuchstieren beobachtet werden. Nachforschungen nach einem Insekt als Zwischenwirt führten jedoch bisher zu keinem Ergebnis. Dagegen glückte es aber H. u. R., tödlich infizierte Meerschweinchen durch Nachbehandlung mit Rekonvaleszentenseris am Leben zu erhalten, so daß damit die Grundlage für eine serotherapeutische Beeinflussung der Erkrankung gegeben erscheint.

Wehrsig (Aachen).

275. **Eine operativ entfernte Mischgeschwulst organoiden Charakters in der linken Lunge**; von J. Borelius und E. Sjövall. (Nord. med. Ark. Bd. 48. Nr. 12. S. 1. 1916.)

Bei der 40jährigen Frau wurde durch mehrere Röntgenaufnahmen eine sich vergrößernde, apfelsinengroße, abgegrenzte Geschwulst im unteren Teile des linken Lungenfeldes festgestellt. Die klinische Diagnose wurde auf Lungenechinokokkus gestellt. Operation im Überdruckverfahren. Es wurde eine apfelsinengroße, runde, knorpelharte Geschwulst aus dem lateralen Teile des linken unteren Lungenlappens entfernt. *Heilung.* Die bei oberflächlicher Untersuchung leicht als ein einfaches Chondrom aufzufassende Geschwulst besaß einen ausgesprochen organoiden Bau, und wenn auch der Knorpel quantitativ am stärksten hervortrat, so erwies sich doch die Geschwulstproliferation als in erster Linie geführt vom Epithel und Bindegewebe in Form eines grobpapillären, fibro-epithelialen Wachstums. Die Geschwulst ist als sicher gutartige aufzufassen. Wagner (Leipzig).

276. **Über einen Fall von halbseitiger multipler Chondromatose (Olliersche Wachstumsstörung)**; von A. Boyesen. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. S. 113. 1916.)

B. beschreibt an Hand von einigen Röntgenogrammen einen Fall sog. Ollierscher Wachstumsstörung, einer Knochenaffektion, deren besonderes Merkmal auf einer ausgesprochenen Halbseitigkeit beruht. Die andere Körperhälfte läßt jede ausgesprochene oder auch nur beginnende Knochenveränderung vermissen. Die Untersuchung der langen Röhrenknochen ergibt eine Lokalisation des Krankheitsprozesses auf die Wachstumszentren, woraus sich eine Hemmung des Längenwachstums, ausgesprochene Deformitäten an den Metaphysen der Knochen und eine geringere Affektion der Epiphysen erklären. B. bespricht weiter die differentialdiagnostischen Merkmale gegen Myxödem, Osteogenesis imperfecta, Chondrodystrophia foetalis, Ostitis fibrosa u. a. Die Erkrankung gehört zur Gruppe der multiplen Chondromatose (Dyschondroplasie nach Ollier). Kautz (Hamburg).

277. **A case of multiple myelomata, with a discussion as to its nature and origin**; by B. M. Vance. (Amer. Journ. of the med. Sc. Nov. 1916. S. 693.)

Die multipel auftretenden Myelome, die sich besonders bei älteren Leuten finden, sind echte Knochenmarksgeschwülste. Sie äußern sich in tiefen Knochenschmerzen; sie haben Skelettdeformitäten im Gefolge, Spontanfrakturen, starke sekundäre Anämie und Kachexie. Bei der Obduktion finden sich weiche homogene Massen an Stelle des Knochengewebes der Stammknochen, Wirbel, Sternum; seltener sind die Enden der langen Extremitätenknochen, die Schädeldiploë sowie Hand- und Fußknochen betroffen. Die Ausbreitung der Myelome beschränkt sich fast regelmäßig auf die Knochen. Fischer-Defoy (Dresden).

278. **Aus der Biologie der Tumoren. Einfluß mangelhafter Ernährung auf den Zustand bestimmter Neubildungen, hauptsächlich der Tumoren der weiblichen Sexualorgane**; von J. v. Jaworski. (Wien. klin. Woch. 1916. S. 1646.)

Lokale Ernährungsstörungen in Neubildungen, vor allen Dingen gestörte Blutzufuhr, rufen Stillstand des Wachstums und sogar Rückbildung der Tumoren hervor. Dasselbe kann aber auch eintreten infolge allgemeiner, auf den ganzen Organismus wirkender Ursachen. So entsteht infolge mangelhafter Ernährung eine geschwächte Lebenstätigkeit der Zellen, welche sich in deren Atrophie ausdrückt, d. h. der Umfang jeder Zelle wird kleiner, die Funktion gestört, es treten Rückbildungsprozesse auf, das Protoplasma wird stark im Bau verändert, im ganzen, es folgt Degeneration. Das gilt in erster Reihe für Myome. Umgekehrt können Karzinome bei mangelhafter Ernährung sich beschleunigt entwickeln und alle Wachstums- und Zerfallserscheinungen zunehmen.

Koenigsfeld (Freiburg).

279. **Multiple primary heterogenous tumors**; by St. Graves. (Boston med. and surg. Journ. Dec. 28. 1916. S. 949.)

Ein Hypernephrom der linken Niere und ein Adenokarzinom des Magens metastasierten beide in

der Leber, wo sich die betreffenden Metastasen scharf voneinander trennen ließen. Weiterhin fand man bei der Autopsie Mesenterialmetastasen des Magenkrebses sowie Metastasen des Hypernephroms in der linken Nebenniere und in der Vena cava inferior.

Fischer-Defoy (Dresden).

280. **Ein kavernöses Angiom des ganzen Mastdarms;** von W. Kautsch. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 3. S. 399.)

Nach vielen Eingriffen gelang es endlich durch extraperitoneale Exstirpation eines ausgeschalteten unteren Darmabschnittes (Mastdarm und unterer Teil der Flexur) den Fall zur Heilung zu bringen. Der Fall ist von historischer Bedeutung, weil Reinbach 1903 denselben als Hauptstütze für seine Idee, daß Hämorrhoiden Tumoren sind, benutzte. Die Verwendung des Falles für seine Hypothese ist nunmehr nach weiterer Entwicklung des Falles und nach eingehender mikroskopischer Untersuchung des ganzen Darmabschnittes hinfällig. Da es gelang, das Darmende der Flexur später unter Einfluß des Sphinkters zu stellen, normale Stuhlentleerung und Formung zu erzielen, ist das Heilungsresultat ein glänzendes.

von Noorden (Bad Homburg).

IV. Innere Medizin.

281. **Dermographismus als Untersuchungsmethode;** von L. Schwarz. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 26. S. 819.)

Sch. fand, daß die dermographischen Erscheinungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht von äußeren und inneren Einwirkungen abhängen. Es sei ihnen größere Beobachtung zu schenken. Entsprechend der Hypothese Müllers von der peripheren und reflektorischen Entstehung der Dermographia peripherica und der Dermographia dolorosa wurde ein bisweilen gegensätzliches Verhalten dieser beiden Formen der Dermographie beobachtet. — Die interessante Arbeit ist zur Kenntnisnahme zu empfehlen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

282. **Die Tagesschwankung der Körpertemperatur;** von G. Praetorius. (D. med. Woch. 1917. Nr. 27. S. 844.)

Die Beobachtungen ergaben, wenigstens bei einem Teil der untersuchten Kranken, daß beim Übergang von der Sommer- zur Normalzeit die Temperaturkurve diesen Wechsel trotz ganz gleichbleibender Lebensweise zunächst nicht mitzumachen scheint, vielmehr unabhängig davon bleibt und mit der astronomischen Zeit weiter geht. Als Ursache für diese Erscheinung sei vielleicht „Gewöhnung" anzusehen, wahrscheinlicher aber eine ursächliche Wirkung der Tageszeit selbst — vom Höchststande der Sonne —. Für letztere Annahme spricht auch eine Beobachtung von Külz, wonach eine Mikrofilariainfektion mit ausgesprochenem Diurnatyp bei einer Reise von Altona nach Neu-Guinea — Zeitverschiebung 9 Stunden — nicht den 24stündigen Turnus genau beibehielt, sondern mit der jeweiligen astronomischen Zeit mitging.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

283. **Über den therapeutischen Wert parenteraler Milchzufuhr;** von S. von Dziembowski. (Med. Klin. 1916. S. 1174.)

Die Wirkung einer intramuskulären Injektion von 5 ccm, 10 Minuten im Wasserbad gekochter Milch, ruft nach einigen Stunden eine unter Schüttelfrost einhergehende Fiebersteigerung bis zu 39° hervor. Außerdem bewirkt sie eine allgemeine Leukozytose. Eine Reizung des Knochenmarks kommt bisweilen in dem Auftreten von Myelozyten im Blute zum Ausdruck. Günstige Erfolge wurden erzielt bei eiterigen Wunden, Phlegmonen, Lymphangitis, allgemeiner Sepsis, Erysipel, Aktinomykose und chronischen Hautleiden besonders Psoriasis.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

284. **Essigsäuredampf als Wiederbelebungsmittel bei Ohnmachten;** von L. Lewin. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 945.)

L. verwirft das Ammoniak, da auch kleine Mengen dieses Gases nicht harmlos seien. Empfiehlt zur Wiederbelebung Essigsäure.

Cordes (Berlin).

285. **Über Diätkuren bei kardialen Hydropsien;** von N. v. Jagić und H. Salomon. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 18. S. 559.)

v. J. u. S. modifizierten die *Karellkur,* deren 5—7tägige Durchführung durch Unterernährung schädlich wirken könne; die Milchkur solle nicht länger als 3 Tage eingehalten werden. Nach den Karelltagen sei eine Übergangsdiät einzuschieben; es sei höchstens 1500 cm³ Gesamtflüssigkeit mit *genügender Kalorienzufuhr* zu verbinden. — Während der Milchnot der Kriegszeit wandten v. J. u. S. bei hydropischen Herzkranken eine Kartoffelkur an — einige Tage lang ausschließlich 1 kg Kartoffeln (= ca. 800 Kalorien) ohne Salz gekocht, oder auch in der Haut gebacken, mit einem Liter Wasser, bzw. einer Mischung von Wasser und Fruchtsaft (Kartoffel-Karell). Es bewährte sich auch eine noch weitergehende Variante: 4 Einbrennsuppen ohne Salz aus je 15 g Mehl, 15 g Butter, zusammen 1000 g Flüssigkeit; Kompots (je 100 g rohe Äpfel, 10 g Zucker, 30 g Wasser), 100 g Himbeersaft, enthaltend 60 g Zucker; 200 g Wasser. Die Kostform ist salzarm, flüssigkeitsarm und von geringem Volumen. Nach dem Kriege werde sich die Banane zu dem Ersatz-Karell gut eignen. v. J. u. S. raten bei der Behandlung Herzkranker, die zu Hydropsien neigen, immer wieder Karelltage, eventuell modifizierte, in die Kostordnung einzuschieben.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

286. **Über den Abdominaltyphus bei Ungeimpften;** von A. Soucek. (Med. Klin. 1917. Nr. 23. S. 627.)

Bericht über 34 ungeimpfte Typhuskranke. Wesentliche Unterschiede wurden nur in 12% festgestellt, nämlich längere Fieberdauer, in 26% Rezidive und häufiges positives Blutzüchtungsresultat.

Cordes (Berlin).

287. **Der Wert der Duodenalsondierung für die Diagnose des Typhus;** von Bossert und B. Leichtentritt. (D. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 323.)

B. u. L. beobachteten einen 8jährigen Knaben, der nach Überstehen eines Typhus Bazillenträger blieb; sie versuchten an dem Patienten die Typhusbazillenausscheidung durch die Galle mittels der Einhornschen Duodenalsonde weiter zu beobachten. Nach anfänglich positivem Befund ließen sich im Duodenalinhalt in mehreren folgenden Untersuchungen keine Typhusbazillen mehr finden, während sie im Stuhl

noch reichlich waren; wahrscheinlich sei diese Beobachtung auf eine Ausscheidungspause der Galle zurückzuführen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

288. **Ein Beitrag zur Frage der Unschädlichkeit der Typhusschutzimpfung;** von E. Friedberger. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 209.)

Als Versuchsobjekte wurden junge Kaninchen verwendet. Selbst bei 10fach größeren Dosen von Typhusimpfstoff als sie beim Menschen zur Verwendung gelangen, konnte ein nachteiliger Einfluß auf die Tiere insbesondere auf die Gewichtskurve nicht ermittelt werden. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

289. **Über den Wert der Kohlejodbehandlung echter Typhusbazillenträger;** von H. v. Hövell. (Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamte Bd. 50. S. 367. 1917.)

Es gelang nicht, durch 14tägige Kohlejodbehandlung nach Kalberlahs Angaben, Personen, die seit mehreren Jahren Bazillenträger waren, zu heilen. Der Gegensatz zu den guten Erfolgen Kalberlahs erklärt sich daraus, daß seine Fälle nicht Bazillenträger, sondern Typhusrekonvaleszenten waren, die wahrscheinlich auch ohne Behandlung bazillenfrei geworden wären. Koenigsfeld (Freiburg).

290. **Über rudimentär ausgebildetes Fleckfieber;** von F. Bardachzi und Z. Barabás. (Wien. klin. Woch. Bd. 30. S. 845. 1917.)

Es kann Fleckfieber ohne jedes Exanthem vorkommen. Auch beträchtliche Abweichungen von dem als charakteristisch bezeichneten Fieberverlauf werden beobachtet. Bei solchen Fällen wird die Diagnose durch die Weil-Felixsche Serumreaktion sehr erleichtert und gesichert. Koenigsfeld (Freiburg).

291. **Über Versuche prophylaktischer Impfung gegen Fleckfieber;** von P. Neukirch. (Med. Klin. 1917. Nr. 11. S. 300.)

Als Impfstoff wurde Rekonvaleszentenserum verwendet, das über Chloroform nach steriler Entnahme aufgehoben war. Davon wurden 5 ccm unter die Brusthaut injiziert. Im ganzen wurden 28 Personen geimpft; von diesen erkrankten 4: 2 mittelschwere Fälle, 1 Abortivfall und eine leichte Erkrankung. Keine Todesfälle. Da nach Nicolle die Leukozyten Sitz der Erreger sein sollen, so schlägt N. Versuche mit Serum und Leukozyten, in denen durch Erhitzen die Erreger getötet sind, vor.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

292. **Über eine ungewöhnliche Komplikation von Scharlach;** von J. Höhn. (Wien. klin. Rundschau 1917. Nr. 15 u. 16. S. 91.)

H. berichtet über anläßlich einer lokalen Epidemie in Untersteiermark bei 10 Fällen beobachtetes Ergriffensein der Respirationsschleimhaut.

Es handelte sich in 2 Fällen um disseminierte Herde in den Lungen, in einem Fall um lobäre Pneumonie, in der Mehrzahl der Fälle um diffuse Bronchitiden mit kopiöser Schleimbildung.

H. nimmt an, daß sich der Scharlach, der unzweifelhaft festgestellt wurde, auf dem Boden bereits bestehender oder beginnender Influenza entwickelt habe. Cordes (Berlin).

293. **Pocken ohne Pockenausschlag;** von K. Vorpahl. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 13. S. 308.)

Die Beobachtungen wurden anläßlich der Lübecker Pockenepidemie gewonnen. Ein Pockenfall wurde ganz vorübergehend auf die Infektionsabteilung gelegt. Am 7. bis 9. Tage darauf erkrankten trotz energisch durchgeführter Desinfektionsmaßnahmen ein Arzt und eine Schwester, die mit dem Pockenfall in direkte Berührung gekommen waren; außerdem 5 Diphtherierekonvaleszenten, die nur indirekt mit dem Falle in Konnex getreten waren. Es wurde eine kurzdauernde Fieberperiode mit einem Fastigium am 2. bis 3. Tage beobachtet mit entsprechender Störung des Allgemeinbefindens, dagegen fehlte vollkommen das Exanthem (Enanthem? Ref.). Zur Begründung seiner Vermutung, daß es sich in diesen Fällen um Variola sine Exanthemate gehandelt hat, führt V. noch folgende Punkte an: erstens traten außer den 7 beschriebenen Erkrankungen noch zwei weitere, aber mit typischem Exanthem auf und zweitens blieben die kurz nach überstandener Krankheit vakzinierten Fälle ohne jede Reaktion.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

294. **Zur Diagnose der Pocken und zur Bewertung ihres biologischen Nachweises;** von E. Schreiber. (D. med. Woch. 1917. Nr. 16. S. 487.)

Sch. hält nach seinen Erfahrungen den Korneaversuch am Kaninchen nicht für ein zuverlässiges Mittel, um in leichten Fällen die Pockendiagnose zu erhärten. In zweifelhaften Fällen sind prophylaktische Maßnahmen zu treffen, wie bei sicher echten Pocken.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

295. **Über den differentialdiagnostischen Wert der Paulschen Variola-Reaktion;** von S. von Gerlóczy und B. Vas. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 377.)

Der positive Ausfall der Paulschen Reaktion (Impfung einer Kaninchen-Kornea mit dem verdächtigen Exanthemmaterial; Auftreten von punktförmigen Trübungen im enukleierten Auge bei Einlegen in Sublimat-Alkohol) kann als für Blattern spezifisch betrachtet werden. Die Reaktion kommt als differentialdiagnostisches Verfahren in erster Reihe bei der Unterscheidung der Blattern von den Schafblattern in Betracht. Die positive Reaktion spricht für Variola, der negative Ausfall schließt das Bestehen von Blattern nicht aus. In den meisten Fällen ist mit der Paulschen Methode die Diagnose schon nach 48 Stunden zu stellen, was besonders bei der Feststellung der ersten Fälle von erhöhtem Werte ist. — Dem Paulschen Versuch sollte im Kampfe gegen die Blattern eine ähnliche Rolle zugesichert werden, wie der obligatorischen Stuhluntersuchung bei der Cholera.

Koenigsfeld (Freiburg).

296. **Beitrag zur Symptomatologie des wolhynischen Fiebers;** von W. Buchbinder. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 12. S. 373.)

Außer den bekannten Symptomen beschreibt B. für die Febris Wolhynica angeblich charakteristische Veränderungen am Gaumen. Es handelt sich um trophische Störungen der Schleimhaut in einer dreieckigen Zone oberhalb der Uvula mit der Spitze in der Medianlinie nach vorn zu. Das Dreieck hat eine Höhe von 2—3 cm. Hier finden sich stecknadelkopfgroße oder kleinere wasserklare Bläschen, die stark lichtreflektierend sind und keine Tendenz zur Vereiterung zeigen. Neben diesen Bläschen wurden auch punktförmige Hämorrhagien beobachtet.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

297. **Blutbefunde bei Fünftagefieberkranken;** von Fr. J. Schmidt. (D. med. Woch. 1917. S. 682.)

Sch. konnte „im dicken Tropfen“ (Blut) von Fünftagefieberkranken, aber nicht in allen Fällen und bei manchen Kranken nur spärlich, *Gebilde* feststellen (Abbildung im Text), die *vielleicht als protozoënartig anzusehen seien.* Sie zeigen immer einen oder zwei chromatophile Körper im Inneren. Der Protoplasmaleib ist oft apfel- oder mandelkernförmig, manchmal hat er Birnen-, Spindel- oder Sichelgestalt. Die Größe der Gebilde ist verschieden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

298. **Febris wolhynica (His);** von R. Kolb. (D. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 303.)

Ausführliche Schilderung eines Falles mit Kurve. K. glaubt, daß als Überträger des Leidens *nicht nur Läuse,* sondern *auch Fliegen* oder *Mücken* in Betracht kommen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

299. **Zur Klinik und Ätiologie der Febris wolhynica (His-Wernersche Krankheit);** von P. Jungmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 12. S. 359.)

J. unterscheidet 1. die *einfach paroxysmale* Form, 2. *typhoide* Form, 3. die *rudimentäre* (rheumatoid-adynamische) Form der *Febris wolhynica.* Ätiologie und Epidemiologie der 3 Formen stimmen überein und erweisen die Zusammengehörigkeit der 3 Typen zu einer Gruppe. — Durch Einverleibung von Fällen der typhoiden Form in die Gruppe des Typhus abdominalis bestehe Gefahr für die Typhusstatistik und die Beurteilung der Wirkung der Typhusschutzimpfung. (Die Differentialdiagnose wird durch die Blutuntersuchung gesichert; bei wolhynischem Fieber: Leukozytose im Fieberanstieg, Eosinophilen fehlen auch während des Fiebers nicht u. a.) — J. fand im nativen, im Anfall entnommenen Blutpräparat lebhaft bewegliche diplobazillenartige Gebilde, die gleichen wie His und Töpfer. Dieselben Organismen finden sich im Kot der Läuse. Sie vermehren sich im Läusedarm, und zwar intrazellulär, wie beim Fleckfieber.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

300. **Behandlung der Ruhr mit Kasein;** von H. Rosenhaupt. (D. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 683.)

R. bezeichnet, auf eigene Erfahrungen sich stützend, das *labgefällte Kuhmilchkasein* als eine *Heilnahrung bei Ruhrerkrankungen,* die wegen der Einfachheit ihrer Herstellung vielfach im Felde angewandt werden kann.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

301. **Zur Klinik und Bakteriologie der Ruhr;** von E. Kindborg. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 435.)

Ruhr ist ein klinisches Krankheitsbild, das des geschwürigen Reizzustandes der Dickdarmwand. — Dieses Krankheitsbild kann durch alle Bakterien (ebenso auch durch Amöben usw.) ausgelöst werden, denen es gelingt, die vitale Widerstandsfähigkeit der Dickdarmwand zu überwinden und sich in ihr festzusetzen. Diese Fähigkeit ist nicht die spezifische Eigenschaft weniger Arten, oder gar nur einer; sondern sie wird auch von Keimen, die sonst nur einfachen Darmkatarrh hervorrufen, dann gewonnen, wenn die Darmwand durch allgemeine oder örtliche Einflüsse vorher geschädigt ist. — Die ausgelöste Reaktion des Körpers mit geschwürigem Reizzustand ist allemal die gleiche und nur graduell untereinander verschieden. Hinzu kommt, je nach Art des betreffenden Bakteriums, die mehr oder minder große toxische Fernwirkung.

In besonderem Maße zum Eindringen in die Darmwand befähigt ist der Shiga-Kruse-Bazillus. Er ist epidemiologisch entschieden als die schwerste Infektionsform zu bewerten; doch nimmt er keine Ausnahmestellung ein. Denn einmal können auch die von ihm verursachten Infektionen leicht verlaufen, und können umgekehrt die Bazillen des Flexner-Y-Typs, wenn ihnen die vorher genannten Momente in besonderer Weise zu Hilfe kommen, schwere Erscheinungen nach sich ziehen. Neben diesen Arten kommen für leichtere Fälle auch die (traubenzuckervergärenden) Paradysenteriebazillen und der Bac. faecalis alcaligenes in gleicher Weise in Betracht; möglicherweise auch die „weißen Koli“, deren Deutung aber noch nicht spruchreif ist. Ferner können der Paratyphus-, seltener der Typhus-Bazillus, bei Ansiedelung im Dickdarm ein Bild erzeugen, das klinisch den Eindruck der Ruhr macht.

Der Shiga-Kruse-Bazillus kann bei starker Reaktion eines kräftigen Körpers, offenbar als dessen Abwehrmaßregeln, choleraartige Erscheinungen hervorrufen; wie umgekehrt auch die Cholera, wenn sie unter Wegfall der Reaktionserscheinungen in den Körper Eingang gefunden hat (oder auch nach Abklingen derselben) zuweilen unter dem Bilde der Ruhr auftreten kann.

Nichtbakterielle Darmentzündungen können nur als Ausnahmefälle Einzel- oder Gruppenerkankungen, *nicht* die seuchenhaft auftretende Ruhr erklären. Allgemeine Schädigungen wirken nur disponierend für die Entstehung einer bakteriellen Ruhrerkrankung.

Der Befund ruhrartiger Bakterien in Fleisch ist vielleicht nicht ohne Bedeutung.

Koenigsfeld (Freiburg).

302. **Betrachtungen über die Epidemiologie der Ruhr und des Paratyphus B;** von E. Sluka und R. Strisower. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 337.)

Die gehäuften Darmkatarrhe und die gleichzeitig auftretende Ruhr bereiten den Boden für das Haftenbleiben der Paratyphus-B-Bazillen. Diese befallen den Organismus entweder auf dem Wege der Kontaktinfektion oder durch Nahrungsmittel, vor allem durch den Genuß notgeschlachteter Tiere. Zum Zustandekommen der Erkrankung gehört eine besondere Virulenz der Bakterien, eine massige Infektion und eine herabgesetzte Widerstandskraft des infizierten Organismus. Alle diese 3 Momente dürften durch die Verhältnisse des Krieges eine nicht unwesentliche Steigerung erfahren haben. Koenigsfeld (Freiburg).

303. **Die Weilsche Krankheit und der Ikterus nach Paraphenetidinen;** von G. Stalling. (D. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 333.)

Bezugnehmend auf eine Arbeit von Hansen (Der Laktopheninikterus, Christiania 1914), der feststellte, daß Laktophenin ein Benzolderivat, ein wirklicher Seitenkettenkörper, eine Intoxikation erzeugen könne, die wie eine Infektionskrankheit verläuft, gibt St. an, daß auch das Phenokoll (Glykokollphenetidin, Antirheumatikum) dieselbe Folge haben könne. St. schöpft daraus die Vermutung, daß das Gift der die Weilsche Krankheit verursachenden Spirochäte in engen Beziehungen zu den genannten Benzolderivaten stehen müsse und *daß man von den Benzolkörpern aus vielleicht zu der Konstitution des Spirochätengiftes gelangen kann.* Kadner (Dresden-Loschwitz).

304. **Zur Kenntnis der Weilschen Krankheit;** von H. Reiter. 5. Mitteilung. (D. med. Woch. 1917. Nr. 18. S. 552.)

R. meint, man müsse heute trotz aller praktischen Erfahrungen und Beobachtungen klinischer und experimenteller Natur zugeben, daß die Epidemiologie der Weilschen Krankheit durch die Entdeckung ihres

Erregers bisher nur wenig geklärt sei. Es sei eine frühzeitige Erkennung zu fordern, sowie *genaueste Ermittelung der Infektionsquelle:* Es sei festzustellen, ob und zu welcher Tageszeit gebadet wurde, ob die Badenden sich in feuchtem Zustande ohne Bademantel lange im Freien aufgehalten haben, ob die Erkrankten Erdarbeiten, etwa mit unbekleideten Armen oder Füßen ausgeführt haben. Es ist eventuell ein Badeverbot zu erlassen, dafür zu sorgen, daß die Erdarbeiter Stiefeln bzw. Lederhandschuhe tragen. Die Exkremente namentlich des Harns sind auf Spirochäten zu untersuchen. Spirochätenhaltige Abgänge sind zu desinfizieren. Etwaiger Spirochätenträgerschaft ist nachzuspüren. Kadner (Dresden-Loschwitz).

305. **Beobachtungen über Malaria;** von K. Dietel. (Der Militärarzt 1917. H. 2 u. 3. S. 49.)

D. behandelte 430 Fälle von Malaria, von denen 322 aus Belgrad und nächster Umgebung stammten, 108 aber Soldaten aus Albanien und Mazedonien betrafen. Nicht selten wiesen Anamnese und klinischer Befund nicht auf Malaria hin, die Diagnose wurde erst möglich durch den Nachweis von Plasmodien im Blute. Von besonderem Interesse ist ein Fall von Doppelinfektion mit Febris recurrens und Malaria tertiana, in dem die letztere latent blieb.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

306. **Urobilinogenurie bei Malaria;** von D. Antic und S. Neumann. (Der Militärarzt 1917. Nr. 6. S. 116.)

Atypische Malariafälle sind, da ein Fehlen der Plasmodien im Blute noch nicht gegen Malaria spricht, schwer zu diagnostizieren.

A. u. N. fanden mit Hilfe der von Ehrlich angegebenen Aldehydreaktion im Harne der Malariakranken fast ohne Ausnahme Urobilinogen. Die Ausscheidung dauerte nach jedem Anfall 1—3 Tage, in Ausnahmefällen bis 10 Tage. Die Reaktion wurde nie zu Beginn der Krankheit, meist nach 1—2 Wochen beobachtet. Das Erscheinen von Urobilinogen erklären A. u. N. im Zusammenhang mit dem Zerfall der roten Blutkörperchen. Besonderes Interesse beansprucht die Reaktion in der Differentialdiagnose gegen Typhus.
Cordes (Berlin).

V. Psychiatrie.

307. **Delirium tremens and drog habitués in public institution practice;** by L. P. Spears. (Therap. Gaz. Aug. 15. 1916. S. 551.)

In seiner Gefängnispraxis behandelt Sp. die seltenen milden Fälle von Delirium tremens mit 0,35 g Kalomel und 1 g Natr. bicarb. sowie mit heißen Bädern und reichlichen Wassergaben. An Stelle des Alkohols, der gleich mit Eintritt in die Anstalt entzogen wird, gibt er als Stimulans von einer aus 3 Teilen Tinctura Capsici und einem Teil Lupulin-Fluidextrakt zusammengesetzten Mixtur alle 2—6 Stunden einen Teelöffel. Bei stärkeren Attacken verrichtet sehr gute Dienste Veronal, das auch in Dosen von 2stündlich 0,7 g, bis zum Eintritt des Schlafes gegeben, wobei zuweilen Gesamtdosen bis 5,6 g herauskommen, ohne schädliche Nebenwirkungen ist. Fischer-Defoy (Dresden).

308. **Observations on symptomatic psychoses with a report of cases;** by E. S. Brodsky. (New York med. Record Jan. 20. 1917. S. 98.)

Symptomatische Psychosen wurden in 3 Fällen beobachtet: im ersten handelte es sich um septische Prozesse mit septischer Endokarditis, in deren Verlauf u. a. Bewußtseinsstörungen mit Disorientierung für Zeit, Person und Ort Vorstellungen von körperlicher Veränderung, Gesichts-Illusionen und -Halluzinationen, Ideenflucht auftraten; die zweite Geistesstörung schloß sich an eine Kompensationsstörung des Herzens an und äußerte sich in Bewußtseinsbeeinträchtigung und Unruhe; ferner wurden in einem dritten Falle im Verlauf einer Malaria ähnliche Symptome wie im ersten Falle beobachtet, zu denen noch religiöse Wahnideen und Nahrungsverweigerung traten.
Fischer-Defoy (Dresden).

309. **Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathologischer Zustände mit besonderer Berücksichtigung der Erschöpfung und Emotion;** von Bonhoeffer. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. S. 77.)

B. hat während des Krieges keine Erkrankungsform beobachtet, die wir nicht auch unter Friedensverhältnissen gesehen haben. Die Erschöpfung macht, abgesehen von dem akuten Bilde der Schlafsucht, als solche keine Psychose. Ebenso lehrt die Kriegserfahrung, daß es eine eigentliche Schreckpsychose nicht gibt.
Schmidt (Andernach).

310. **Entsteht Dementia praecox durch Schädel- bzw. Gehirnverletzungen?** von Bresler. (Psych.-neurol. Wochenschr. 1916/17. S. 381.)

Neben der erblichen Anlage und anderen uns noch nicht genügend bekannten Ursachen kommt auch eine Schädel- bzw. Gehirnverletzung für das Entstehen des jugendlichen Irreseins in Frage.
Schmidt (Andernach).

311. **Über ein Bulbusdruckphänomen bei der Dementia praecox;** von Pilcz. (Psych.-neurol. Wochenschr. 1916/17. S. 361.)

Bei Druck auf die Augäpfel treten lebhafte Unlustgefühle auf, die sich in entsprechender mimischer Schmerzreaktion, Abwehrbewegungen äußern und häufig eine Rötung des Gesichtes, vertiefte Inspiration und exquisite Vaguspulswirkung, d. h. Langsamer- und Kleinerwerden bedingen. Dieses Verhalten ist namentlich auffallend bei dem katatonischen Stupor.
Schmidt (Andernach).

312. **Zu den Änderungen im Auftreten und Verlauf der allgemeinen progressiven Paralyse während der letzten Jahrzehnte;** von H. Dübel. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 72. H. 5 u. 6. S. 375. 1916.)

Seiner Arbeit legt D. die in den letzten 18 Jahren in die Heil- und Pflegeanstalt Tannenhof aufgenommenen Geisteskranken und weiterhin, die sich aus den Jahresberichten des Provinzialausschusses für die Rheinprovinz ergebenden Zahlen über die Aufnahmen der rheinischen Provinzialanstalten von 1896—1913 zugrunde. Eine Zunahme der Paralyse hat sich danach bei beiden Geschlechtern weder in Tannenhof noch in den Provinzialanstalten der Rheinprovinz während der letzten beiden Jahrzehnte bemerkbar gemacht. Im ganzen zeigte sich eine geringe Abnahmetendenz, nur ein geringes Anwachsen des Prozentanteils der ledigen Männer war festzustellen. Wesentliche Änderungen bezüglich des Lebensalters bei Ausbruch der Krankheit traten nicht ein. Das durch-

schnittliche Lebensalter war bei den Frauen 44 Jahre $6^5/_6$ Monate, bei den Männern 41 Jahre 9 Monate. Die durchschnittliche Dauer der Krankheit betrug bei den Frauen 3 Jahre 6,7 Monate, bei den Männern 2 Jahre 6 Monate. Bei den Männern war eine Abnahmetendenz der Dauer zu bemerken, die aber möglicherweise auf äußere Gründe zurückzuführen ist. Der Verlauf war in Tannenhof auffallend ruhig, die demente Form überwog bei beiden Geschlechtern von Anfang an bei weitem ohne wesentlich zuzunehmen, die expansive Form ging in ihrem Prozentanteil nur wenig zurück. Remissionen waren bei den Männern relativ häufig, bei den Frauen seltener. Paralytische Anfälle fanden sich bei Männern und Frauen sehr häufig und in gleichem Maße. Jolly (Halle).

313. **The menace of mental deficiency from the standpoint of heredity**; by H. H. Goddard. (Boston med. and surg. Journ. 1916. Nr. 8. S. 269.)

Von den 3—400 000 geistig Anormalen in den Vereinigten Staaten schätzt G. $^2/_3$ als hereditär bedingt. G. bespricht die Methoden, um die Fortpflanzung dieser Leute zu verhindern, Internierung in Anstalten und Sterilisation, und betont die große Gefahr, welche durch die Vermehrung dieser Individuen entsteht. Jolly (Halle).

314. **Intellectual efficiency in relation to insanity**; by A. I. Rosanoff. (Amer. Journ. of Ins. 1916. Nr. 1. S. 43.)

Schwere neuropathische Zustände, besonders manisch-depressive Psychosen und Epilepsie sind nicht unvereinbar mit den höchsten Graden der Intelligenz. Als Beispiele führt R. William Cowper, Julius Robert Mayer und Gustav Flaubert an und geht näher auf ihren Lebenslauf, ihre Werke und die Schilderung der Zeitgenossen ein. Es scheine sogar, daß in diesen Fällen die krankhaften Elemente der Persönlichkeit unter den Faktoren waren, welche die hohe Qualität der geistigen Produkte bedingten. Die Existenz eines neuropathischen Zustandes kann nicht länger als genügender Grund für die Empfehlung negativer eugenischer Maßnahmen angesehen werden. Jolly (Halle).

315. **Zur Behandlung und Verhütung des spychischen Mißwuchses**; von Good. (Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger 1917. Nr. 4.)

G. betont unsere völlige Untätigkeit gegenüber der Zunahme psychischer Defektzustände durch Vererbung, wobei auch auf die Unzulänglichkeit ärztlicher und pädagogischer Maßnahmen gegen psychische Minderwertigkeit, moralischen Schwachsinn u. a. hingewiesen wird.

Nach den bisherigen Forschungen ist anzunehmen, daß die Anlage zu Geisteskrankheiten degenerativen Charakters sich nach den Mendelschen Regeln vererbe, wobei die Krankheitsanlage rezessiv ist. Ungefähr die Hälfte des psychischen Mißwuchses führt sich auf Vererbung zurück. Es werden der nationalökonomische Nachteil, das mangelnde rassenhygienische Verantwortlichkeitsgefühl im geschlechtlichen Verkehr gestreift und Vorschläge zur Rassenhygiene gemacht, die darin gipfeln, „gewisse Formen der Geisteskrankheiten und psychischen Defekte unter bestimmten Verhältnissen und Bedingungen von der Fortpflanzung auszuschalten". Staatliche Eheverbote oder ärztliche Gesundheitsscheine vor Eingang der Ehe sind bekanntlich ganz nutzlos, in Frage kommt nur die *Sterilisation* durch X-Strahlen (kostspielig und zeitraubend) und auf operativem Wege. Ins Auge zu fassen sind erblich schwer belastete Geisteskranke und moralisch oder intellektuell hochgradig Schwachsinnige im zeugungsfähigen Alter. Die Indikation zur Vornahme der Operation sollen 2 Fachärzte und 1 Operateur stellen. Es ist die Zustimmung des zu Operierenden oder seines Vertreters vorzulegen. Auch soll die Sterilisation nie aus ökonomischen Gründen oder zum Zwecke von Strafe vorgenommen werden, sondern nur als Hilfe gegen schädliche geschlechtliche Triebe. In der Hauptsache kommen also degenerative, auf Heredität beruhende Krankheiten in Frage. — So wichtig und zeitgemäß die Frage einer Einschränkung psychischen Mißwuchses zweifellos ist, so scheint doch der Faktor gerade der Regeneration noch zu wenig geklärt zu sein, um die Sterilisation gesetzlich festzulegen. Aber vielleicht sind nach dem Kriege die praktischen Bedürfnisse weit größer als kleinere wissenschaftliche Bedenken. Kellner (Chemnitz).

316. **Zur Lehre vom pathologischen Rausche**; von Raecke. (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. 53. H. 1. 1917.)

Pathologische Rauschzustände finden sich bei Epilepsie, chronischem Alkoholismus, Hysterie, Neurasthenie, bei entstehenden bisher latenten Psychosen, bei voraufgegangenen Schädigungen (Kopfverletzung, Strapazen, Krankheiten, bei psychischem und physischem Schock). — In dem ersten der beiden angeführten Fälle von Wichtigkeit ist, daß der Täter zwar ein minderwertiger, leicht schwachsinniger Mensch mit einem durch Alkoholexzesse schon geschädigten Gehirn war, der aber nicht die Symptome bot, welche seine freie Willensbestimmung zur Zeit der Tat ausschloß. Von Bedeutung aber war seine schon früher bekundete Neigung zu Gewaltakten in Alkoholrauschzuständen. Freispruch. 2 Jahre später depressive Verstimmung mit Selbstmordversuch. — Der 2. Fall war bei der Beurteilung wesentlich einfacher: auf der Basis schwerer erblicher Belastung und angeborenen Schwachsinns sowie schon eingetretener Zerrüttung des chronischen Alkoholismus entstehender Rauschzustand mit allen pathologischen Charakteristika. — R. betont, daß bei der Begutachtung nach der positiven oder negativen Seite hin die zu starke Bewertung besonderer Erscheinungen durch Berücksichtigung der *Gesamtpersönlichkeit* zu vermeiden sei.
Kellner (Chemnitz).

317. **Über unklares Denken und Pseudologie bei Verhältnisblödsinn**; von Joerger. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. S. 109.)

Zu dem von Bleuler kürzlich aufgestellten „Verhältnisblödsinn" liefert J. mehrere Krankheitsgeschichten, in denen neben dem unklaren Denken noch auf die bis dahin bei dieser Krankheit noch nicht beschriebene Pseudologia phantastica hingewiesen wird.
Schmidt (Andernach).

VI. Chirurgie.

318. **Sind zur Überbrückung von Nervendefekten die Verfahren der Tubulisation und der Nerventransplantation zu empfehlen?** von R. Eden. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 7. S. 138.)

E. hat in 4 Fällen autoplastischer Nervenzwischenschaltung keinen Erfolg gesehen und ist deshalb über die Brauchbarkeit der Methode zweifelhaft geworden; er wird sie nicht eher wieder anwenden, bis durch einwandfreie experimentelle Ergebnisse ihre Aussichten weiter geklärt sind. Der homoplastischen Zwischen-

schaltung muß man noch skeptischer gegenüberstehen. Was die Frage der Tubulisation anlangt, so pflanzte E. in Tierexperimenten die Enden resezierter Nerven in nebengelegene Gefäßrohre ein. In einem Teil der Fälle stellte er den Blutstrom wieder her, so daß die Nervenenden im strömenden Blute lagen. Hier trat jedesmal eine Überbrückung der Nervendiastase (von 2—4 cm) ein. Lagen die Enden der resezierten Nerven dagegen im leeren Gefäßrohre, so trat in keinem Falle, trotz sonst gleicher Bedingungen, eine Überbrückung und Wiederherstellung der Nervenkontinuität ein. E. muß daher auf Grund seiner Tierversuche vor der Tubulisation mit Röhren jeder Art warnen.

Wagner (Leipzig).

319. **Ein weiterer Beitrag zu den Überbrückungsversuchen von Nervendefekten mit Edinger-Röhrchen;** von A. Blencke. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 12. S. 236.)

Bl. verfügt über 25 Fälle, bei denen der entstandene Nervendefekt keine direkte Naht zuließ und bei denen eine Überbrückung mit Edinger-Röhrchen versucht wurde. Die vom Nervenarzt vorgenommenen Nachuntersuchungen der Fälle ergaben, daß in keinem einzigen Falle, weder in denen mit leeren, noch auch in denen mit Agar gefüllten Arterienröhren eine Besserung der Mortalität festgestellt werden konnte, solange sie in Beobachtung standen. Bl. glaubt, daß wir uns nach den bisher mit der Edinger-Röhre gemachten Erfahrungen immer wieder noch nach anderen Mitteln und Wegen umsehen müssen, um erhebliche Nervendefekte zu decken. Die direkte Nervennaht ist und bleibt nun einmal das beste Verfahren, und nichts sollten wir bei unseren Operationen unversucht lassen, um diese herbeizuführen. Erst wenn alles versagt, dann müssen wir den Defekt anders zu decken versuchen, aber nicht mehr mit Edingerschen Röhrchen, da es zur Genüge feststehen dürfte, daß sie nicht das gehalten haben, was sie anfangs versprachen und was man von ihnen erhofft hatte.

Wagner (Leipzig).

320. **Nervenplastik nach Edinger;** von Struck. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 7. S. 137.)

Im März 1916 benutzte St. bei einer queren Durchtrennung des N. ulnaris knapp unterhalb des Ellbogengelenkes zur Nervenplastik eine Edingersche Gallertröhre. Reaktionsloser Heilungsverlauf; übliche Nachbehandlung. Da sich nach 8 Monaten noch nicht die geringsten Spuren einer wiederkehrenden Nervenfunktion zeigten, legte St. den Nerv erneut frei. Das von Edinger beschriebene Auswachsen der Ganglienzellen durch die Agarmasse hindurch hatte nicht stattgefunden; die Nervenstümpfe selbst waren kolbig verdickt und narbig verändert. Beide Nervenenden waren an die Wand der Kalbsarterie angewachsen; es bestand ein Zwischenraum von $1^1/_2$ -2 cm zwischen ihnen. Dieser absolute Mißerfolg bei völlig reaktionslosem Heilungsverlauf läßt doch einige Bedenken bei der wahllosen Verwendung der Edingerschen Gallertröhre zu.

Wagner (Leipzig).

321. **Über Sperrdränage;** von W. Rosenthal. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 11. S. 212.)

Nach Inzision von Handphlegmonen und Spaltung der Palmaraponeurose bemerkt man, besonders bei stark beschwielten Arbeiterhänden, nicht selten, daß die Dränage mit Gaze oder mit Röhrchen ungenügend ist. R. hilft sich durch Einsetzen kleiner Sperrhölzchen, die quer in die Wundränder eingeklemmt werden und so die Inzisionsöffnung beliebig weit und lange offen halten. Die eingekerbten Enden der Sperrhölzer müssen, besonders im Bereiche der Hohlhand, die Ränder der durchtrennten Faszie mitfassen und spreizen. Sämtliche Inzisionen verlaufen in der Richtung der Hautspalten.

Wagner (Leipzig).

322. **Extraktion von Fremdkörpern aus Wundkanälen und Fisteln mit Hilfe des Laminariastiftes;** von E. Leser. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 3. S. 41.)

Technische Einzelheiten über dieses anscheinend noch nicht allgemein bekannte Verfahren. Oft schon nach 24 Stunden ist der Fistelgang nach Entfernung des um das 3—5fache seines Volumens gequollenen Stiftes so weit dilatiert, daß man mit Leichtigkeit den Gang mittels Fingers untersuchen kann, und oft, falls der Gang nicht zu lang ist, den Fremdkörper fühlt. Liegen die Verhältnisse so günstig, so geht man mit einer entsprechenden Kornzange ein, faßt den Fremdkörper verläßlich und kann ihn gewöhnlich ohne jedes Hindernis und jede Verletzung der Fistelwand herausziehen. Aber dies alles muß entweder sofort oder doch jedenfalls sehr bald nach Extraktion des Stiftes geschehen, weil der Fistelgang schon nach kurzer Zeit sich wieder verengt. Es leuchtet ein, daß dieses leichte, ohne besondere Vorbereitungen mögliche Verfahren, das ganz ungefährlich ist, dem Arzte zahlreiche operative Eingriffe erspart. Am meisten bewährt sich, wie leicht verständlich, die Laminariastiftbehandlung bei Weichteilfisteln, aber auch bei Knochenfisteln, die durch nekrotische Knochenstücke, im Knochen steckende Geschoßsplitter und ähnliches verursacht sind, leistet sie hin und wieder wertvolle Dienste.

Wagner (Leipzig).

323. **Das Beweglichmachen versteifter Gelenke mit und ohne Gewebszwischenlagerung;** von E. Lexer. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 1. S. 2.)

L. überblickt heute eine sehr große Reihe von Kranken, deren versteifte Gelenke, belastete und unbelastete, große und kleine, mit gutem funktionellen Erfolge durch Fettgewebszwischenlagerung operiert worden sind. Er hält das Fettgewebe für das beste Zwischenlagerungsmaterial nach der Trennung ankylotischer Gelenke. Die gestielte Plastik kommt in vielen Verfahren einer freien Verpflanzung insofern gleich, als der Lappen oft so groß, der Stiel so schmal gebildet werden muß, daß von einer zuverlässigen Stielernährung keine Rede sein kann. Der Faszien-Fettlappen bietet keine wesentlichen Unterschiede gegenüber dem reinen Fettlappen; nur ist es bei dünnem Fettpolster angenehmer, die Faszie im Zusammenhange mit zu entnehmen. Für den Dauerzustand des wiederhergestellten Gelenkes ist auch das spätere Verhalten des knöchernen Anteiles sehr wichtig.

Wagner (Leipzig).

324. **A further word on the sterilization treatment of furunculosis;** by J. T. Bowen. (Boston med. and surg. Journ. Jan. 18. 1917. S. 96.)

Ausgehend von der Ansicht, daß jeder Furunkel eine rein lokale Infektion darstellt, wendet B. zur Bekämpfung der Furunkulose auch die lokale Sterilisation an. Er läßt je ein heißes Bad morgens und abends nehmen, wobei der Körper gründlich mit Seife abgebürstet wird; nach dem Abtrocknen findet noch ein Bad in gesättigter wässeriger Borlösung mit Zusatz von Kampferwasser statt. Am besten läßt man diese Lösung auf der Haut eintrocknen. Die einzelnen Furunkel werden mit einer Lösung von 4 Teilen Acidum boricum und 4 Teilen Sulfur praecipitatum in 32 Teilen Petroleum betupft; die Wäsche muß täglich gewechselt werden.

Fischer-Defoy (Dresden).

325. **Inoperable peripheral gangrene;** by W. G. Thompson. (New York med. Record December 23. 1916. S. 1103.)

Zuweilen ist es nötig, eine periphere Gangrän, sei es, daß die Operation verweigert wird, sei es, daß körperliche Verhältnisse gegen eine solche sprechen, konservativ zu behandeln. In solchen Fällen gibt die trockne Behandlung mit überhitzter Luft oft befriedigendere Resultate als die feuchte. Nur wenn der Geruch unerträglich wird, muß man Kompressen mit absolutem Alkohol zu Hilfe nehmen.

Fischer-Defoy (Dresden).

326. **Primäre Wundexzision von Schußverletzungen und Wundbehandlung mit Dakinscher Lösung;** von Hufschmid und Preuße. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 232.)

H. u. P. brechen eine Lanze für obiges Verfahren der Wundbehandlung. Sie sahen dabei nie Weiterverschleppung eingedrungener Infektionserreger, auch waren bei radikaler primärer Wundexzision nie Folgen zu beobachten, die auf Verlorengehen zu vielen regenerationsfähigen Gewebes bezogen werden mußten. Das eingeschlagene Verfahren war folgendes: Nach ausgedehnter Behandlung der Wunde und ihrer Umgebung mit Jodtinktur — die Haut mindestens 1 cm im Gesunden — wurde alles Verletzte bis zum frischen blutenden Gewebe fortgenommen, sämtliche Muskeltaschen wurden sorgfältigst nachgesehen, alle Fremdkörper entfernt — besonders das leicht der Nekrose verfallende interstitielle Gewebe muß sorgfältigst beseitigt werden. Es wurde noch 36 Stunden post trauma Erfolg erzielt. — Bei Gelingen vollständiger Entfernung geschädigten Gewebes kommt es kaum zu Temperatursteigerung. Die die Wunde bedeckende Gaze haftet fest an, da keine eitrige Sekretion erfolgt. Gasbrand trat nie auf. Es folgen Bemerkungen zur Carellschen Wundbehandlung. Gleiche Erfahrungen veröffentlichte Kroh (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 97. H. 4; Bd. 103. H. 4).

Kadner (Dresden-Loschwitz).

327. **Die konservative Behandlung der Kriegsaneurysmen und die Stellung zur operativen Behandlung;** von K. Riedel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 230.)

Unter 14 Aneurysmenoperationen konnte R. nur 4mal die Gefäßnaht ausführen, in 2 weiteren Fällen mußte der Naht die Unterbindung angeschlossen werden. Die Unterbindung wurde indiziert, teils durch Infektion der Wundhöhle, teils durch technische Unausführbarkeit der Naht wegen Inkongruenz zwischen dem zentralen und peripherischen Gefäßlumen. — Bei der Unterbindung ist die Gefahr für die verletzte Extremität um so größer, je frischer das Aneurysma ist und je näher am Rumpfe unterbunden werden muß. Aber auch bei peripherisch gelegenen Arterien — z. B. Poplitea — sind die Folgen der Unterbindung oft ungünstig. — Die Ansicht, daß Gangrän nach Unterbindungen bei Operationen des Aneurysma seltener auftritt (Bier u. a.), konnte R. nicht bestätigen. — Die Gefahren der Operation legten nahe die Leistungen der konservativen Behandlung — Kompression — näher zu studieren. — Es zeigte sich, daß in geeigneten Fällen, und zwar auch bei großen Aneurysmen durch Kompressionsbehandlung Heilung erzielt werden kann, wofür ein Material von 5 Fällen angeführt wird. Freilich muß in einzelnen Fällen doch schließlich zur Operation gegriffen werden. Dann ist immerhin die Kompressionsbehandlung als Vorbereitung nützlich, da sie die Ausbildung des Kollateral-Kreislaufs begünstigt; sie verbessert die Prognose der Operation. Von der Ruptur des Aneurysmensackes während der Kompressionsbehandlung scheine eine Gefahr nicht zu drohen. Die Kompression ist nicht anwendbar bei frischen Gefäßverletzungen, die akute Erscheinungen zeigen: arterielle Blutungen, drohende Ruptur, Infektionen; die Operation ist indiziert, wenn eine Rückbildung nicht eintritt, oder das Aneurysma sogar weiter wächst, ferner, wenn die Kompression eines Nerven durch das Aneurysma anzunehmen ist und wenn Zirkulationsstörungen in der verletzten Extremität auftreten. Das Bestehen genügender Kapillaren läßt sich durch den Hyperämieversuch nach Moskowicz (D. med. Woch. 1916. Nr. 6) feststellen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

328. **Der trockene Zungenstreifen — ein Operationsindikationszeichen;** von E. Gelinsky. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 9. S. 182.)

G. hat in einer Reihe von Fällen entzündlicher Bauchcrkrankungen, die ganz frühzeitig zur Operation kamen, beobachtet, daß die Zunge, auch ohne Belag, einen trockenen Längsstreifen zeigte, der in Form eines schmalen Dreiecks in der Mitte der Zunge, vom Zungengrunde nach der Spitze hin verlief. Die Basis dieses Dreiecks liegt nach dem Kehldeckel zu, die Spitze ist nach der Zungenspitze gerichtet, und die Halbierungslinie des Dreiecks wird durch die Zungenlängsfurche gebildet. Durch Vergleich von Operations- und Zungenbefund hat sich allmählich eine Übereinstimmung der Verhältnisse insofern ergeben, als peritoneale entzündliche Veränderungen mit freiem Erguß, peristaltische Behinderungen, wie entzündlicher Meteorismus, Darmeinklemmungen und Achsendrehungen schon im Beginn der Erkrankung den trockenen Zungenstreifen mehr oder minder ausgedehnt zeigen. Das positive Symptom des trockenen Zungenstreifens ist G. seit einer Reihe von Jahren ein wertvolles Hilfsmittel zur sicheren Operationsindikation geworden. Die Entstehung dieses Symptoms ist wohl auf reflektorischem Wege zu erklären.

Wagner (Leipzig).

329. **Über Granugenol bei Frostbeulen;** von E. Rosenberg. (Medico 1917. Nr. 17.)

Außer bei Unterschenkelgeschwüren verwendete R. *Granugenol* auch bei Frostbeulen, und zwar hauptsächlich in solchen Fällen, in denen bereits andere Mittel versagt hatten. Die Handhabung war eine äußerst einfache. Abends wurde eine Paste, bestehend aus Granugenol und Zinc. oxyd., zu gleichen Teilen auf die erkrankten Stellen aufgetragen. Ohne die alte Paste zu entfernen, fand noch 1- oder 2malige Wiederholung statt. Der Erfolg war überraschend. Es trat nach dem Gebrauch des Präparates eine schmerzlose Abschälung der Haut ein, der Juckreiz war verschwunden und die Geschwulst fiel. Da im Frühjahr Frostschäden häufig wieder aufzutreten pflegen, so dürften die günstigen Erfahrungen mit Granugenol-Zinkpasta in Ärztekreisen allgemeines Interesse finden.

Bachem (Bonn).

330. **Trophische Störungen nach Schädelschüssen;** von E. Rychlik. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 6. S. 172.)

In dem 1. Falle wurde nach Verletzung der rechten Scheitelgegend mit Hemiparese Stillstand im Wachstum der Nägel der linken Hand mit Abbröckelung an den Spitzen bemerkt; mit Verschwinden der Hemiplegie wuchsen die Nägel wieder. Im 2. Falle traten nach einem Gewehrdurchschuß durch die Stirn weiße Haarbüschel und weiße Flecken an der Wange auf, ferner Anästhesie der ganzen linken Kopfhälfte bis zum oberen Halsdrittel, also im Bereich des N. trigeminus und der Wurzel des 1., 2. und 3. Zervikalnerven; es wird eine Schädigung des intrakraniellen Sympathikusgeflechts angenommen. Jolly (Halle).

331. **Über die offene und geschlossene Wundbehandlung bei Gehirnschüssen**; von Albrecht und R. Feuchtinger. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 1. S. 14.)

Nach den Erfahrungen A.s u. F.s ist es erlaubt, bei Gehirnschüssen, wenn sie frühzeitig unter stabilen Verhältnissen in die Hand eines erfahrenen Chirurgen kommen, den Versuch einer primären Naht nach Exzision der Weichteilwunde zu machen. Vorausgesetzt wird, daß die Wunde nicht Zeichen einer schweren Infektion darbietet. Geeignet für diese Methode sind jene Formen der Gehirnschüsse, bei denen man bei der Operation den ganzen Verletzungsbereich überblicken kann: Tangentialschüsse, oberflächliche Segmentalschüsse und jene Steckschüsse, bei denen das Projektil im oder sehr nahe dem Einschluß liegt. Besteht ein Grund zu der Annahme, daß ein solcher Fall schwer infiziert ist, so ist die offene Wundbehandlung mit Tamponade und Kompressivverband am Platze. Durchschüsse, Segmentalschüsse mit großer Knochenzertrümmerung und tiefe Steckschüsse werden konservativ behandelt und nur dann operiert, wenn im weiteren Verlaufe Symptome auftreten, die die strikte Indikation für ein chirurgisches Eingreifen abgeben.
Wagner (Leipzig).

332. **Über Operation und Behandlung der Schädelschüsse**; von K. Goldschmied. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 1. S. 36.)

Mitteilung über 200 Schädelschüsse, vorwiegend Artillerieverletzungen, von denen 145 Fälle operiert wurden. Es wurden alle Artillerieverletzungen des Schädels operiert, wenn das Bestehen einer Impressionsfraktur des Schädelknochens anzunehmen war oder aus den bestehenden Symptomen auf eine Schädigung des Hirns geschlossen werden konnte. Bei Infanterieverletzungen wurden die Prell- und Tangentialschüsse operiert, mit Entfernung des Projektils oder imprimierter Knochensplitter. Bei Gewehrsteckschüssen ohne Erscheinungen und glatten Gewehrdurchschüssen ohne wesentliche Impression wurde konservativ verfahren. G. steht auf dem Standpunkte der *unbedingten Frühoperation der Schädelschüsse,* weil nur eine solche gute Aussichten für einen günstigen Wundverlauf bietet. Die Operation am Tage der Verletzung ist der idealste Zeitpunkt. Die häufigste postoperative Komplikation ist der Hirnprolaps. G. empfiehlt leichte Kompression und Bepinselung mit Jodtinktur. Die Herabsetzung des Hirndrucks wird durch Lumbalpunktionen sichtlich gefördert. Von den Operierten starben 47, darunter 16 an durch Autopsie festgestellter progredienter Enzephalitis.
Wagner (Leipzig).

333. **Zur Technik der Schädelplastik (Bildung von Periostschürze als Duraersatz)**; von A. Hofmann. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 2. S. 25.)

Die Operation zerfällt in einen T- oder kreuzförmigen Hautschnitt; Säuberung des Lochrandes mit Duralyse; Exzision der Narbe; Umschneidung des Periostlappens mit Stiel und Schürzenbildung; Zurückstreifen der Periostschürze bis zur Meißelzone; Abmeißelung der Kortikalis; Umhüllung des Knochendeckels mit der Periostschürze; Fixationsnähte; Hautnaht. Wo der Raum es gestattete, wurde ein doppelter Periststiel genommen, im anderen Falle genügte ein einfacher Perioststiel. Bei einer Reihe von Fällen wurde ein weiterer Periostlappen umschnitten, der sich in direkter Anlehnung an den abgemeißelten Knochendeckel befindet, und wie eine Schürze um den Knochendeckel herumgeschlagen werden kann, so daß der abgemeißelte Knochen sich gewissermaßen in einem Sacke von Periost befindet.
Wagner (Leipzig).

334. **Schädeleröffnung der Gegenseite bei Gehirnvorfall**; von H. Hans. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 2. S. 27.)

H. hat folgendes Verfahren erprobt: An der dem Vorfall gegenüberliegenden gesunden Kopfseite wird, wenn angängig, in gleicher Höhe ein etwa fünfmarkstückgroßer, zungenförmiger Haut-Faszien-Periostlappen umschnitten, und Periost und Galea in voller Ausdehnung aus dem Lappen entfernt, der Schädelknochen dann in Fingernagelgröße längsoval eröffnet und die Dura kreuzförmig geschlitzt. Dann wird die Haut wieder exakt vernäht. Um den Vorfall der Gegenseite kommt ein Zellstoffring, der das Gehirn von jedem Verbanddruck fernhält. So bildet sich der Prolaps in vielen Fällen zurück, da seine Ursache, der abnorme Flüssigkeitsdruck des Gehirninneren, durch die neue Schädelöffnung der Gegenseite einen leichten glatten Abfluß erhält. Eine plastische Deckung der neuen Lücke ist unnötig; die alte Lücke wird nach Monaten mit der Kompakta der Nachbarschaft bedeckt.
Wagner (Leipzig).

335. **Zur Stillung der Blutungen bei Sinusverletzungen**; von F. Franke. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 6. S. 117.)

Fr. empfiehlt die Bedeckung der Sinuswunde mit lebendem bzw. frischem Muskel, ein Verfahren, das man auch sonst für durch Unterbindung oder Umstechung schwer oder nicht zu stillende Blutungen unter der Bezeichnung „lebende Tamponade" verwendet. Fr. hat die Wirksamkeit dieses Verfahrens 2mal bei einem wegen traumatischer Epilepsie operierten Kranken erprobt. Besonders wichtig scheint das Verfahren für eiternde Hirnwunden zu sein; an Stelle des Muskels wäre hier vielleicht die Verwendung von Faszie vorzuziehen. Wagner (Leipzig).

336. **Beitrag zur Frage der Schädel- und Duraplastik**; von K. Nieny. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 6. S. 119.)

Bei der späteren Behandlung der Schädelschüsse, soweit sie eine operative ist, empfiehlt N. die Enzephalolyse mit Ersatz der Dura durch einen freien Fettlappen. Diese namentlich von Lexer befürwortete Methode hat sich sehr bewährt. N. berichtet über interessante mikroskopische Präparate, die von einem Kranken stammten, der 3 Wochen nach der Operation ganz plötzlich einer Spätapoplexie erlag. Der schonend behandelte Fettlappen war in vorzüglicher Weise eingeheilt, ohne zu entarten, und hatte eine neue schwielige Narbenbildung an der Hirnoberfläche verhindert.
Wagner (Leipzig).

337. **Der Subokzipitalstich (eine neue druckentlastende Hirnoperationsmethode)**; von G. Anton und V. Schmieden. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 10. S. 193.)

Das von A. u. Sch. empfohlene Verfahren beseitigt eine intrakranielle Liquorstauung in vollkommener Weise, gleichviel ob sie durch vermehrte Abscheidung oder durch Abflußhindernis hervorgerufen wurde. Der Eingriff spielt sich gewissermaßen im Intermediärgebiet zwischen dem zerebralen und medullären Subduralraum ab und dadurch an einer ganz besonders günstigen Stelle. Er ist schonender als der Balkenstich, weil er den Knochen unverletzt läßt, weil wir die Dura an einer Stelle öffnen, wo sie keiner Hirn- oder Marksubstanz anliegt, und weil er eine nicht nach außen mündende Öffnung schafft, die in gleicher Weise die Hirnventrikel wie den Subduralraum nach

dem extraduralen Bindegewebe hin offen hält. Vor dem Balkenstich würde der Subokzipitalstich bei sonst ähnlichem Indikationsgebiet stets den Vorteil voraus haben, daß er eine dem Foramen Magendii entsprechende neue Öffnung in der Membrana tectoria herzustellen imstande ist. Die speziellen Indikationen des Subokzipitalstiches sind: 1. Hirntumor im Gesamtgebiet der Schädelkapsel; 2. Hydrozephalie in jeder Form; 3. genuine Epilepsie, auch Status epilepticus; 4. Meningitis serosa chronica occipitalis; 5. chronisch-traumatische Gehirnerscheinungen allgemeiner Natur. Unter Umständen könnte auch der Balkenstich mit dem Okzipitalstich kombiniert werden.

Wagner (Leipzig).

338. **Die flächenhafte Unterschneidung motorischer Gehirnrindenzentren zur Bekämpfung der traumatischen Rindenpilepsie;** von M. Kirschner. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 8. S. 153.)

Der Physiologe W. Trendelenburg hat bei seinen Versuchen am Affen festgestellt, daß durch flächenhafte Unterschneidung des Rindenzentrums ein motorisches Rindengebiet auf die Dauer ohne die Bildung störender Narben ausgeschaltet werden kann. Sowohl durch tiefe wie oberflächliche Unterschneidungen kommt eine dauernde vollständige funktionelle Ausschaltung des unterschnittenen Rindengebietes zustande. K. hat dieses Verfahren, dessen Zweckmäßigkeit theoretisch ohne weiteres einleuchtet, bisher in 6 Fällen von Rindenepilepsie, die nach Schußverletzung des Schädels entstanden waren, mit gutem Erfolge angewendet. Die genaue Technik muß im Originale nachgelesen werden. Nach K.s Erfahrungen ist die Epilepsie nach der Unterschneidung nicht mit einem Schlage beseitigt, sondern es bleibt noch einige Zeit eine krankhafte Erregung der dem Unterschneidungsgebiet entsprechenden Muskelgruppe bestehen; es treten in den ersten Tagen noch mehrmals Zuckungen und gelegentlich leichte Krampfanfälle auf. Doch ist in den schweren Fällen eine Besserung sofort so auffallend und bedeutend, daß wie mit einem Schlage ein völliger Umschwung des Krankheitsbildes zum Guten unverkennbar ist. Wagner (Leipzig).

339. **Die flächenhafte Unterschneidung motorischer Gehirnrindenzentren zur Bekämpfung der traumatischen Rindenepilepsie;** von H. v. Haberer. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 19. S. 402.)

Kirschner hat das von Trendelenburg jun. an Tieren ausgearbeitete Verfahren der flächenhaften Unterschneidung eines motorischen Rindengebietes in 6 Fällen von Rindenepilepsie angewendet und empfiehlt es auf Grund seiner dabei gewonnenen günstigen Erfahrungen zur Nachahmung. Kirschner hat bei seiner Mitteilung über die vorstehende Operation ganz übersehen, daß v. H. bereits auf dem Chirurgenkongreß 1914 über die erste nach dem Prinzip von Trendelenburg von ihm am Menschen ausgeführte Unterschneidung bei Epilepsie berichtet hat. Die von v. H. eingeschlagene Operationsmethode war die gleiche, wie sie jetzt Kirschner empfiehlt. Der betreffende Kranke wurde von v. H. am 17. Februar 1914 operiert; er ist nur eine Zeitlang nach der Operation wirklich gesund geblieben und im April 1915 gestorben. Wie v. H. nach mehrfachen Anfragen durch den behandelnden Arzt erfahren hat, haben die epileptischen Krämpfe nach der Operation anfangs sistiert, kamen aber später mit erneuter Heftigkeit wieder, bis der Tod in einem schweren epileptischen Anfall eintrat.

Trotzdem soll man das Verfahren schon seiner Ungefährlichkeit und technischen Einfachheit wegen weiter anwenden, um es genügend auf seine Leistungsfähigkeit prüfen zu können. Schlüsse aber wollen wir erst nach Jahr und Tag ziehen.

Wagner (Leipzig).

340. **Darf die Durawunde der Schädelschüsse primär plastisch gedeckt werden?** von Szubinski. (D. med. Woch. 1916. Nr. 37. S. 1124.)

Während bisher die überwiegende Mehrzahl der Chirurgen eine vollkommen offene Behandlung der Gehirnwunden verlangte, tritt Sz. auf Grund verschiedener guter Erfahrungen für eine primäre Deckung des Duradefektes ein, natürlich nach Exzision der Wundränder, Entfernung der Knochensplitter usw. Die Deckung des Defektes erfolgt durch gestielte Periostlappen oder frei transplantierte Faszien- oder Periostlappen; besonderen Wert legt Sz. dabei auf eine Abschrägung des Knochenrandes von Schädeldefekt, damit der transplantierte Lappen innig mit der Spongiosa in Berührung kommt, wodurch eine rasche Einheilung des Lappens erfolgt. Der Lappen wird nur mittels einiger Situationsnähte an der Dura fixiert, so daß noch genügend Platz für den Sekretabfluß vorhanden, andererseits jedoch die Gefahr einer Sekundärinfektion von außen her herabgemindert ist.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

341. **Sehstörungen bei Schädelverletzungen;** von Th. von Mutschenbacher. (D. med. Woch. 1916. Nr. 48. S. 1471.)

3 Gruppen von Sehstörungen sind zu unterscheiden: 1. Verletzungen des Augapfels, 2. Schädigungen des Sehnerven, 3. durch Gehirnverletzungen verursachte Sehstörungen. Von größter Wichtigkeit ist es, richtig zu diagnostizieren, wo die Sehstörung sitzt, da die Therapie, speziell etwaige chirurgische Eingriffe, sich danach zu richten haben.

Beschreibung mehrerer Fälle, die die einzelnen Verletzungsarten erläutern.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

342. **Die klinische Bedeutung doppelseitiger chronischer Speichel- und Tränendrüsenschwellung (Mikuliczscher Symptomenkomplex);** von J. Nagel. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 83. H. 6. S. 358.)

Genaue klinische Beobachtungen an einer größeren Anzahl von Fällen mit doppelseitigen Anschwellungen der Gesichtsdrüsen führte zu einer Gruppierung dieses eigenartigen Symptoms in verschiedene Krankheitsbilder. Am häufigsten ist das Symptom der Ausdruck konstitutioneller Störungen, wie z. B. endogener Fettsucht, sowie Anomalien endokriner Organe oder ein Zeichen eines Status lymphaticus bzw. thymico-lymphaticus. Ferner wird das Mikuliczsche Symptom bei konstitutioneller Syphilis, bei der es sich bisweilen um echte gummöse Veränderungen der Drüsen handelt, beobachtet. Tuberkulose kommt seltener für die Deutung des Symptoms in Betracht, dagegen findet man es als Teilerscheinung der Aleukämie und Leukämie, meist mit gleichzeitiger Anschwellung der Parotiden. Vermutlich kann auch eine Anschwellung der Ohrspeicheldrüsen als kompensatorische Hypertrophie bei Erkrankung des Pankreas vorkommen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

343. **Blutdrucksteigerung und Pulsverlangsamung bei Kompression traumatischer Aneurysmen;** von Caro. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. H. 3. S. 355.)

Elektrokardiogramm-Untersuchungen an 3 Fällen. Die Pulsverlangsamung wird als reflektorisch und als koordinierter Vorgang aufgefaßt, nicht als Folge der Blutdrucksteigerung. Die Pulsverlangsamung erfolgte mit Ausübung der Kompression blitzartig. Bei insuffizientem Herzen bleibt die Drucksteigerung trotz Pulsverlangsamung aus, was prognostisch von großem Belang ist. Bei der Kenntnis, daß Druck auf die Aneurysmen den Blutdruck steigert, ist die alte Kompressionsmethode des Aneurysmas in gewissen Fällen zu revidieren. von Noorden (Bad Homburg).

344. **Zur Empyembehandlung mittels Kanüle;** von Langemak. (D. med. Woch. 1916. Nr. 41. S. 1261.)

Beschreibung einer Modifikation der Rüdelschen Kanüle (Münchn. med. Woch. 1915. S. 1111), mit der L. gute Resultate bei der Empyembehandlung erzielt hat. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

345. **Beurteilung und Nachbehandlung von Lungenschüssen;** von F. Kirchberg. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1916. Nr. 5. S. 131.)

Nach Abschluß der eigentlichen Wundbehandlung sind die Brustkorbverletzten mit Röntgenstrahlen auf Zwerchfell- und Pleuraverwachsungen genau zu untersuchen (je eine Aufnahme in maximaler In- und Exspiration). Diese Verwachsungen sind nur mechanotherapeutisch zu beeinflussen. Hierfür gibt K. eine Reihe von Übungen an. Bei andauernd schlechtem Allgemeinbefinden und regelmäßigen stundenweisen Temperatursteigerungen besteht Verdacht auf beginnende Tuberkulose. Richarz (Bonn).

346. **Observations of tetanus with report of a successfully treated case;** by L. Sexton. (Med. Record Bd. 90. Nr. 22. S. 945.)

Man gab 1500 Einheiten von Antitetanus-Serum intramuskulär und mit Erfolg, aber die beste Methode ist unbedingt intraspinale Injektion nach Ablassen der gleichen Menge von Spinalflüssigkeit.
von Noorden (Bad Homburg).

347. **Über die Erkennbarkeit einer bestimmten Form von chronischer Gastritis im Röntgenbilde und deren Bedeutung für die Ulcusdiagnose;** von G. Schwarz. (Wien. klin. Woch. 1916. Nr. 49. S. 1554.)

Eine bestimmte Form von chronischer Gastritis ist im Röntgenbilde daran erkennbar, daß der ausgiebig mit Kontrastbrei belastete, im Stehen untersuchte Magen eine unverstreichbare „Kerbung, Lappung, Zackung, Zerfransung“ des Schattens an der großen Kurvatur zeigt. Die Röntgensichtbarkeit dieser Gastritis beruht auf gesteigerter Faltenbildung der entzündlich geschwollenen Schleimhaut unter Mitwirkung der Muscularis mucosae (*Gastritis rugosa*). Der Befund einer Gastritis rugosa spricht für das Bestehen eines Ulcus ventriculi oder duodeni und ist zumindest als keine gleichgültige Erscheinung anzusehen.
Wagner (Leipzig).

348. **Eine neue Art der Magenversorgung nach Ulcusresektion;** von H. Ehrlich. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 3. S. 45.)

E. hat bisher 16 Kranke nach seiner Resektionsmethode operiert; kein Todesfall. Er beschränkt seine Methode ausschließlich auf kallöse Ulzera, die fast die ganze kleine Kurvatur einnehmen. Die Methode besteht aus der Pylorusausschaltung nach v. Eiselsberg; der Exzision der kleinen Kurvatur; Querfaltung des Magens. Es resultiert ein kugelförmiger, geräumiger Magen, mit einer von der vorderen auf die hintere Wand sich erstreckenden, queren Nahtlinie. Für die Magen-Darmverbindung lassen sich keine Regeln aufstellen. Meist hat E. die G.-E. retrocolica anterior, sonst die retrocolica posterior, in einigen Fällen unter Benutzung eines Teiles der hinteren Magenwand ausgeführt. Die Methode E.s soll nicht die quere Magenresektion verdrängen, wohl aber die Indikation zur Resektion des kardialen Ulcus penetrans erweitern, so daß die Zahl der inoperablen Magengeschwüre noch kleiner wird.
Wagner (Leipzig).

349. **X-ray follow-up report of seventeen cases of pylorectomy for ulcer;** by J. H. Lindsay. (Boston med. and surg. Journ. Jan. 18. 1917. S. 80.)

Es werden die Ergebnisse der Nachprüfung von 17 Fällen gegeben, in denen $^1/_2$—7 Jahre zurückliegend wegen Ulcus ventriculi eine Pylorektomie ausgeführt worden war. In fast allen Fällen war die funktionelle Fähigkeit des Magens gut wiederhergestellt; in einzelnen Fällen fehlte auch die geringste Neigung zur Dilatation. 19 Röntgenbilder sind reproduziert.
Fischer-Defoy (Dresden).

350. **Über Eigenbluttransfusion bei Milzzerreißung;** von A. Peiser. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 4. S. 71.)

Milzzerreißung durch Hufschlag bei einem 30jährigen Soldaten. 15 Stunden später Laparotomie. Nahe am Milzhilus ein 5 cm langer, fast die ganze Dicke des Organs durchsetzender Riß. Massenstielligatur; Abtragung der Milz, Einzelligatur der Art. und V. lienalis. Das in großer Menge in der Bauchhöhle befindliche Blut wurde durch eine Mullkompresse geseiht und dem Kranken intravenös wieder einverleibt. Im ganzen handelte es sich um ca. $1^1/_4$ Liter Blut. Gegen Ende der Operation noch subkutane Infusion von 1 Liter Kochsalzlösung; Kampfer: *Heilung* durch starke eiterige Bronchitis kompliziert. Keinerlei Zeichen eines embolischen Vorganges. Der Blutbefund in diesem Falle zeichnete sich durch Ausbleiben der Verringerung der Zahl der roten Blutkörperchen und rasche Regeneration des Hämoglobingehaltes vor den bisherigen Ergebnissen aus. Im Urin fand sich weder Hämoglobin, noch Urobilin, noch Gallenfarbstoff. Der Fall zeigt auch, daß die einfachsten Mittel (Trichter, Schlauch, Kanüle, Mullschleier) zur Anwendung der Transfusion genügen, was namentlich für die Kriegschirurgie sehr wertvoll ist. Wagner (Leipzig).

351. **Ein durch Operation geheilter Leberabszeß;** von O. Orth. (D. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 202.)

Unter Hinweis auf einen früher berichteten Fall (vgl. Jahrbb. Nov. 1916. S. 289) bringt O. folgende Krankengeschichte: 22jähriger Patient kommt mit 39,2° Temperatur und 120 Puls in Behandlung. Neben Erscheinungen, die auf rechtsseitige Pleuropneumonie gedeutet werden, bestehen enteritische, nicht blutige Stühle und wiederholte starke Schüttelfröste. Nach 8 Tagen Leberschwellung mit Ikterus. Verlegung auf die chirurgische Station. Bakteriologisch: Kein Typhus, Kolibazillen. Der Eindruck ist der eines Schwerkranken. Temperatur 39,8°, Puls 120—130. Leber vergrößert, Rand palpabel, intensiv schmerzhaft. Gallenblase nicht tastbar. Rechte untere Thoraxpartie gegen die linke um 7 cm verbreitert. Kein dichter Röntgenschatten, hochstehende rechte Zwerchfellhälfte: Lebervergrößerung, nicht pleuritisches Exsudat oder Empyem. Wahrscheinlich multipler Leberabszeß. Die Operation bestätigt diese An-

nahme. Der untere Abszeß wird punktiert, im Eiter Bact. coli und Staphylokokken, Blase und Zystikus werden exstirpiert. Aus dem Hepato-Choledochus trübe, eiterige Galle. Einführen des Rohres in den Hepatikus sehr mühsam, gelingt nicht sicher. — Nach rektaler Kochsalzinfusion und Kampfer schnelle Erholung. 8 Tage lang trübeiteriger Gallenfluß durch Drainrohr und Tamponade. Allmählicher Rückgang von Temperatur, Puls und Ikterus. Nach 2 Monaten klinisch geheilt. — Die Ursache der Leberabszesse bei diesem und einem früher geschilderten Krankheitsfalle sei die entero-hämatogene deszendierende Infektion. Da es erwünscht wäre, solche Fälle früher richtig zu erkennen, erinnert O. daran, daß bei einem funktionellen Ikterus Urobilin im Harn auftritt (Arnsberger). Ferner soll verminderte Harnstoff- und vermehrte Ammoniakausscheidung regelmäßige Erscheinung bei Leberabszeß sein (Arian). — O. sagt ferner, daß bei festgestelltem Zusammenhang zwischen Darm- und Leberaffektion die Behandlung, ohne weiteres abzuwarten, chirurgisch sein müsse.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

352. **Die operative Behandlung der Bauchschüsse im Spätstadium**; von B. O. Přibram. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 1. S. 2.)

Die folgenden Mitteilungen beschäftigen sich ausschließlich mit jenen Kranken, die *später als 24 Stunden* nach der Verletzung operiert wurden: 161 Fälle, von denen 79 tödlich endeten. P. kommt zu folgenden Schlußsätzen: Eine ganze Reihe primär nicht operierter Darmschüsse erreicht das Sekundärstadium der Verwachsungen und Verklebungen; ob ein Verletzter dieses Stadium erreicht, ist, abgesehen von der Art der Verletzung, abhängig vom Füllungszustand des Darmes zur Zeit der Verletzung, von der Ruhe und absoluten Nahrungsenthaltung nach der Verletzung. Auch zu diesem Zeitpunkte bis zu 4 Wochen nach der Verletzung geht ein großer Teil der Verletzten ohne Operation an den Folgen der Darmperforation zugrunde, so daß man sagen kann, daß eine konservative Heilung eines echten Darmschusses zu den Seltenheiten gehört. Trügerischem Wohlbefinden ist noch Tage und Wochen nach der Verletzung kein Glauben zu schenken, da die schwersten Prozesse fast symptomenlos verlaufen können. Die Kranken gehen entweder infolge der abgesackten Ansammlungen von ausgeflossenem Darminhalt und den intraperitonealen Kotabszessen, mit denen der Organismus ohne chirurgische Hilfe nicht fertig werden kann, septisch-kachektisch zugrunde, oder nach Lösung einer Spontanverklebung unter Kollapserscheinungen. Die Diagnose der intraperitonealen Kotabszesse ist oft eine außerordentlich schwierige; wertvolle Dienste leistet die Röntgendurchleuchtung. Die Lokalisation der Abszesse führt in den meisten Fällen zur Lokalisation der schlecht verklebten Darmlöcher. Es empfiehlt sich, am Orte der Lokalisation kleine, eventuell multiple Laparotomien zu machen. Bei Dickdarmschüssen, die im Spätstadium die bessere Prognose liefern, erscheint als der beste Weg die Laparotomie von hinten; bei Verletzung der Kolonflexuren unter Resektion der entsprechenden Rippen, bei tiefer Verletzung des Zökums und Sigmas durch den zerschossenen Darmbeinteller hindurch. Während bei Dünndarmschüssen die sofortige Naht anzustreben ist, genügt bei den Dickdarmverletzungen die Freilegung der Fistel, die sich meistens spontan schließt. Bei den Mastdarmschüssen stellt die oft auftretende Beckenphlegmone eine gefährliche, die ebenfalls häufige anärobe Glutäalphlegmone eine fast immer tödliche Komplikation dar: breite Freilegung des Darmloches von hinten her.

Wagner (Leipzig).

353. **Large solitary and multiple cysts of the kidney**; by J. H. Cunningham. (Surg., Gyn. and Obst. 1916. Nr. 6. S. 688.)

Solitäre und multiple, große Nierenzysten sind chirurgische Seltenheiten; sie sind schwer zu diagnostizieren und werden häufig durch Nephrektomie beseitigt, während doch die konservative Resektion angezeigt wäre. C. hat 4 hierhergehörende Kranke operiert. Die großen, solitären, serösen Nierenzysten, die zu einer richtigen Abdominalgeschwulst führen, entstehen wahrscheinlich durch Verstopfung von Harnröhrchen. Sie kommen meist einseitig vor, häufiger beim weiblichen Geschlecht und in der rechten Niere und sitzen meist an einem Nierenpole. Die Zysten haben meist Orangengröße, können aber unter Umständen einen kolossalen Umfang erreichen. Der Zysteninhalt ist meist klar, kann aber auch blutig oder käsig sein. In unkomplizierten Fällen ist die Urinausscheidung und der Urin selbst vollkommen normal. Die *Nephrektomie* ist nur in den Fällen angezeigt, in denen die betroffene Niere schwere irreparable Gewebsveränderungen zeigt; in allen anderen Fällen ist die *Resektion der Zyste* oder die *partielle Nephrektomie* die Operation der Wahl. Bei sehr großen Zysten, und wenn der Kranke sehr heruntergekommen ist, kann man die einfache Inzision der Zyste machen und die Zystenränder mit der äußeren Haut vernähen.

C. hat bei drei seiner Kranken mit Erfolg die Resektion der Zyste vorgenommen; und zwar handelte es sich in dem einen Falle um 4 orangengroße Zysten, die sämtlich reseziert wurden; außerdem wurde hier noch ein Nierenbeckenstein entfernt. In dem 4. Falle wurde mit Erfolg die Nephrektomie vorgenommen, weil sich außer der großen Zyste im unteren Nierenpole im Nierenzentrum noch ein Hypernephrom fand, das in die Nierenvene durchgebrochen war. C. berichtet dann noch über einen von Blake operierten Kranken; Exzision einer orangengroßen, im unteren Nierenpole sitzenden Zyste; Heilung.

Den Schluß der Arbeit bilden eine Anzahl von Fällen, in denen Nierenzysten pathologisch-anatomisch nachgewiesen wurden. Wagner (Leipzig).

354. **Cystography; its value and limitation in surgery of the bladder**; by H. L. Kretschmer. (Surg., Gyn. and Obst. 1916. Nr. 6. S. 709.)

Die Zystographie ist eine wertvolle Beigabe zu den anderen diagnostischen Methoden; sie hat aber nur ein beschränktes Feld. Die Befunde der Zystographie müssen sehr vorsichtig interpretiert werden. Wegen der begrenzten Anwendung und wegen der Gefahr einer falschen Deutung kann die Zystographie niemals die zystoskopische Untersuchung ersetzen, wohl aber unterstützen. Durch die Zystographie kann entschieden werden, ob bei papillären Tumoren die Resektion oder die Fulguration indiziert ist. Zur Bestimmung der Größe, Zahl und des Sitzes von Divertikeln ist die Zystographie die Methode der Wahl. Endlich kann durch die Zystographie auch nachgewiesen werden, daß auch bei Gesunden ein Rückfluß von Urin aus der Blase in die Ureteren möglich ist, was namentlich bei Blaseninfektionen von Wichtigkeit sein kann. Wagner (Leipzig).

355. **Clinical data of polycystic kidney**; by W. F. Braasch. (Surg., Gyn. and Obst. 1916. Nr. 6. S. 697.)

In der Klinik von Mayo wurden 41 Kranke mit polyzystischer Nierendegeneration operiert; bei 26 Kranken konnte die klinische Diagnose *vor* der Operation

gestellt werden. Die hauptsächlichsten klinischen Symptome sind Schmerzen, Hämaturie, Geschwulstbildung, verminderte Nierenfunktion, erhöhter Blutdruck. Die Pyelographie ergibt häufig Abnormitäten der größeren Nierenkelche und des Nierenbeckens. Die *Nephrektomie* ist nur dann indiziert, wenn die andere Niere genügend funktioniert, und wenn die zystös entartete Niere schwer infiziert ist, anhaltend blutet oder schwere Steinveränderungen zeigt. Von den 41 Kranken wurden 14 nephrektomiert: 1 Todesfall im direkten Anschluß an die Operation, ein anderer 3 Jahre später an malignem Nierenbeckentumor. 10 Überlebende konnten 1—10 Jahre nach der Operation verfolgt werden und waren gesund. Bei 10 Kranken wurde die Rovsingsche Operation vorgenommen (3mal); sie ist namentlich indiziert bei größeren Zysten, die auf das umgebende Gewebe einen Druck ausüben. Wagner (Leipzig).

VII. Gynäkologie und Geburtshilfe.

Gynäkologie.

356. **Die paravertebrale und parasakrale Anästhesie und die mit dieser kombinierte Infiltration der Ligamente bei größeren gynäkologischen Operationen;** von J. Frigyesi. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 12. S. 281.)

Sowohl um die Menge der anästhesierenden Flüssigkeit zu verringern als auch behufs Vereinfachung des Anästhesierungsverfahrens hat Fr. Versuche angestellt mit einer systematischen Infiltrierung der beiderseitigen Ligamente. Er konnte sich davon überzeugen, daß, wenn man die beiderseitigen Ligamenta lata, Ligamenta rotunda und das Ligamentum infundibulo pelvicum mit 6—8 ccm einer 1/2proz. Novokainlösung infiltriert, die Anästhesie des Uterus und der Adnexe sofort eintritt. Dieses Verfahren hat gegenüber der Narkose große Vorteile. Tosetti (Bonn).

357. **Zur Kasuistik der Uterusperforation mit Darmverletzung;** von A. Mueller. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 13. S. 311.)

M. berichtet über einen Fall von Uterusperforation bei engem Zervikalkanal mit einer Kornzange. Dabei wurden Dünndarmschlingen von 5½ m Länge hervorgezogen und als der Fehler erkannt wurde, aus dem schmutzigen Spülkasten durch den Zervikalkanal zurückgestopft. Die sofort vorgenommene Operation, bei der der Uterus mit entfernt wurde, brachte der Patientin nach einigen Komplikationen völlige Heilung. Tosetti (Bonn).

358. **Über 10—15jährige Heilungen nach operativer Behandlung des Kollumkarzinoms. Stellungnahme zur Frage der Strahlenbehandlung operabler Fälle;** von H. Thaler. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 9. S. 209.)

Th. kommt im Gegensatz zu Krönig an Hand eines Materials von 72 wegen Kollumkarzinom operierter Fälle betreffs Heilung durch operative Therapie zu einem überaus zufriedenstellenden Ergebnis, und begründet dadurch Krönig gegenüber seinen Standpunkt, mit der primären Strahlenbehandlung operabler Karzinome noch abzuwarten. Tosetti (Bonn).

359. **Zur Frage der Behandlung des Gebärmuttervorfalles;** von Fr. Neugebauer. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 10. S. 239.)

Die Kochersche Methode der Prolapsoperation: Verlagerung des Corpus uteri außer der Bauchhöhle — modifiziert durch Anheftung des Korpus an die Aponeurose, hat N. ein sehr gutes Resultat geliefert — in keinem der Fälle ist der Uterus wieder vorgefallen; sie wird aufs wärmste empfohlen. Tosetti (Bonn).

360. **Ventrifixur der durch Laparotomie interponierten Gebärmutter, eine neue Methode zur Beseitigung größerer Prolapse;** von H. Schaedel. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 10. S. 237.)

Operationsverlauf: Laparotomie, möglichst weites Abschieben der Blase von Gebärmutter und Scheide, Tubensterilisation, Interposition des an der Rückseite in Höhe des inneren Muttermundes durch einen Haltefaden fixierten Uterus zwischen Blase und Scheide. Ventrifixation des Uterus durch 2 starke Nähte und den Haltefaden; vordere und hintere Kolporrhaphie. Die Methode erscheint Sch. für mittelgroße und große Prolapse vorzüglich. Tosetti (Bonn).

361. **Operations on the uterus and the vagina without an anesthetic;** by H. A. Wade. (New York med. Record Bd. 23. Dec. 16. S. 1119.)

Relativ anästhetisch sind im weiblichen Genitaltraktus die Schleimhautpartien zwischen Fundus und Zervix, der Überzug der Portio sowie die dem vorderen und hinteren Scheidenwalle anliegenden Teile. Hier können Operationen bei der nötigen Vorsicht ohne jede örtliche und allgemeine Betäubung vorgenommen werden. Je älter, desto weniger empfindlich sind in der Regel die Patienten. Über den Zeitpunkt des Eingriffes muß man allerdings die Patienten im unklaren lassen. Sehr vorteilhaft lassen sich Operationen an Zervixrissen auf diese Weise ausführen; selbst die Amputation der Zervix gelingt in gewissen Fällen ohne Anästhesie. Fischer-Defoy (Dresden).

362. **Zur Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms;** von J. A. Amann. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 137.)

Von den mit Radium behandelten inoperablen Kollumkarzinomen waren nach 2 Jahren 9% klinisch geheilt. „Da aber die Wirkungsweite des Radiums auf einen Umkreis von 5 cm beschränkt ist, und von da ab mehr von einer Reizwirkung gesprochen werden kann, blieb die wichtige Aufgabe, Röntgenstrahlen zu erzeugen, die den Radiumstrahlen möglichst in ihrer Wirkung nahe kommen und bei Applikation vom Bauch und vom Rücken her ohne Hautschädigung in genügender Intensität auf das tief im Becken liegende Karzinom einzuwirken imstande sind. War hierbei eine Rückbildung bzw. Zerstörung des tiefsitzenden Kollumkarzinoms möglich, so konnte man sicher sein, daß auch die im Umkreis des Karzinoms ins Gewebe bereits vorgedrungenen Vorposten, die also auf dem Wege der Strahlen liegen mußten, in intensiver Weise getroffen werden." Dies wurde ermöglicht durch Verwendung neuer Röhren mit Stoßionisation und mit Thermoionisation (Coolidge). Aus den elektroskopischen Messungen ging hervor, daß sich eine 12- bis 15proz. Absorption pro Zentimeter Fleisch, also eine wesentlich gesteigerte Härte, d. h. Durchdringungsvermögen erreichen läßt und dies bei mindestens 5—10facher Strahlenmenge (in 10 Minuten 10—20mal) gegenüber den früheren Methoden. Somit scheint auf diesem Wege überall eine genügende Strahlenmenge erreichbar zu sein, um den Herd und seine gesamte

Umgebung wirksam zu beeinflussen. Sehr instruktive Skizzen veranschaulichen die Wirkungsweise dieser neuen Applikationsart in Verbindung mit eingelegtem Radium. Klien (Leipzig).

363. Die Entscheidung zwischen symptomatischer, Strahlen- und operativer Therapie beim Uterusmyom; von L. Blumreich. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 1. S. 21.)

In leichteren Fällen wird symptomatisch vorgegangen. Gegen Blutungen: Sekalepräparate, Styptizin, Tampospuman, Koagulen intrauterin oder subkutan. Zur Schmerzlinderung Diathermie. Indikation zur Operation besteht in Fällen, in denen oben angeführte Mittel versagen, besonders Schmerzen im Vordergrunde stehen, dann bei jedwedem Verdacht auf Malignität (Korpuskarzinom — Kurettement — Austastung; sarkomatöse Entartung) der besonders bei ganz unregelmäßigen, sich nicht an den Menstruationstyp haltenden Blutungen erweckt wird. Ebenso erfordert Verjauchung des Tumors und submuköse Entwicklung sowie Druckerscheinungen von seiten der Blase operatives Vorgehen. Bei Frauen unter 40 Jahren ist immer die operative Methode der Bestrahlung vorzuziehen. Mortalität des Verfahrens bei 237 Fällen $1^1/_4$%. Empfohlen wird als Ersatz der Inhalationsnarkose die Sakralanästhesie. Die Bestrahlung erfolgt auf 8 Felder zu 25mal, also in der Serie 200mal, Apexapparat, Duraröhre mit Motorwasserkühlung. Nach 3 Wochen Pause erneute Serie. Längere Weiterbeobachtung nach der Bestrahlung unbedingt nötig. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

364. Über die Disposition der Ovarien zu metastatischer Erkrankung bei Karzinom bzw. Sarkom eines anderen Organs; von M. Kohlmann. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 2. S. 220.)

Der Weg der Metastasenbildung im Ovarium z. B. beim Magenkarzinom scheint meist in der Aussaat karzinomatöser Elemente in die Bauchhöhle zu bestehen; diese senken sich nach unten und das Keimepithel ist vermöge seiner großen Durchlässigkeit für korpuskuläre Elemente ein sehr geeigneter Aufnahmeboden. Diese Theorie paßt natürlich nicht für die Fälle, in denen der Primärtumor noch nicht bis zur Serosa vorgedrungen ist; hier erfolgt der Transport wohl retrograd vom Magen durch die retrogastrischen Drüsen zu den Glandulae lumbales superiores, die den Lymphstrom aus den Ovarien empfangen. In solchen Fällen fand man auch das Keimepithel frei, dagegen lagen die Metastasen im Ovarialstroma, den Lymphgefäßen, den Saftlücken. Auch beim primären Uteruskarzinom erfolgt die hier übrigens seltenere Verschleppung durch die Lymphbahnen. Bei akuter Karzinose spielt wohl die Blutbahn die Rolle des Verbreitungsweges, was beim Sarkom überhaupt häufiger der Fall ist. Darm-, Magen- und Gallenblasenkarzinome metastasieren am häufigsten in die Ovarien, Mamma- und Uteruskarzinome seltener. K. selbst beschreibt 20 Fälle (6 Magen-, 1 Gallenblasen-, 1 Pankreas-, 2 Colon sigmoideum- bzw. Rektum-, 1 Mamma-, 9 Uteruskarzinome), von denen 7 in die Ovarien metastasiert waren (2 Magen-, je 1 Gallenblasen-, Rektum-, Mammakarzinom, 2 Uteruskarzinom- bzw. -sarkomrezidive). 5 Frauen waren unter 50 Jahre alt. — Man soll bei Uteruskarzinom stets die beiderseitigen Adnexe mit entfernen. Da es sich bei den beschriebenen Fällen um meist zufällige Autopsiebefunde handelte, also um ganz frische Metastasen, so boten diese noch das Bild des Primärtumors. Das ist bei älteren Metastasen durchaus nicht immer mehr der Fall, hier paßt sich die Metastase den veränderten Bedingungen an. — Man muß bei jedem malignen Ovarialtumor nach einem Primärtumor fahnden, wird damit natürlich oft, beinahe immer zu spät kommen, um die Frau zu retten. Amann fordert mit Recht *vor* der Operation chemische Untersuchung des Magensaftes, der bei Krebs eine 2—10mal so hohe peptolytische Kraft als unter normalen Bedingungen hat. Natürlich gilt auch das Umgekehrte, Revision bzw. Exstirpation der Ovarien bei primärem Magen- usw. Karzinomoperationen. Übrigens ist auch oft der Appendix vermiformis Sitz eines Primärkarzinoms. Entfernung desselben bei jeder gynäkologischen Laparotomie wird deshalb nicht mit Unrecht immer wieder gefordert. — Aus alledem geht hervor, daß die Prognose der metastatischen Ovarialkarzinome eine sehr trübe ist. Klien (Leipzig).

365. Tuberkulose des Os pubis; von E. v. Arnim. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 8. S. 194.)

Eine langsam aber dauernd wachsende Schwellung der rechten großen Labie, die als Zyste eines verlagerten Abschnittes der Glandula Bartholini diagnostiziert war, erwies sich bei der Operation als kalter Abszeß mit tuberkulösem Knochenherd in der Mitte des rechten Schambeines. Tosetti (Bonn).

366. Brustwarzenplastik bei Hohlwarzen; von H. Sellheim. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 13. S. 305.)

S. fand Veranlassung, in 3 Fällen eine stellungkorrigierende Operation an der Brustwarze vorzunehmen. Er beschreibt seine Methode, die sich an das alte Kehrersche Verfahren anlehnt, des genaueren und berichtet von befriedigenden Erfolgen. Tosetti (Bonn).

Geburtshilfe.

367. Zur Biologie der Zwillinge; von H. Meyer. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 2. S. 287.)

M. bespricht ausführlich die Vererbungsfrage. Er beleuchtet den Wert der statistischen und der genealogischen Methode, die Anwendung der Mendelschen Vererbungsregeln. Zur Zeit sichert einzig der Plazentarbefund bei einem gleichgeschlechtigen Zwillingspaar die Unterscheidung, ob ein- oder zweieiige Zwillinge vorliegen. Ob Ein- und Zweieiigkeit als erblich verschieden zu wertendes Moment in Betracht kommt, ist heute noch nicht zu entscheiden. Man könne sagen: die statistische Methode allein war und ist nicht imstande, die Lösung der biologischen Gesetze der Zwillingserblichkeitsfrage weiter zu fördern — eine den Anforderungen vorurteilsloser und umfassender Darstellung nur annähernd genügende genealogische Kasuistik existiert noch nicht. M. macht nun selbst den Versuch, eine Grundlage für die Zwillingsvererbungsforschung durch Darstellung des ermittelten Stammbaummaterials für einige Familien zu schaffen. Dabei kommt er zu der Überzeugung, daß, würden wir nur immer genügend viele Ahnen kennen, wir wohl in jedem Zwillingsfall imstande sein würden, die Belastung *beider* Zwillingseltern festzustellen. Es gibt eben eine erstaunliche Fülle der allerverschiedensten Elternkombinationen, die allesamt zur Hervorbringung von Zwillingen geführt haben. Verhältnismäßig selten waren die Fälle, in denen einer der Eltern, Großeltern usw. der Zwillinge *selbst* ein Zwillingskind war, dagegen sehr häufig die Fälle, in denen Eltern, Großeltern usw. der Zwillinge *Geschwister* eines Zwillingselter sind. Meist finden sich *mehrere* belastete Vorfahren der Zwillinge. Es läßt sich also der eigentliche Modus der Vererbungsweise der Anlage zu Zwillingsgeburten noch nicht erkennen. — M. wendet sich dann den *Lebensaussichten* der Zwillinge zu auf

Grund der Literatur, Statistik und eigener Forschungen auf Grund des Materials der geburtshilflichen Abteilung der Berliner Charité. Zunächst ließ sich eine überragende Beteiligung der Zwillinge an den Totgeburten feststellen, aber auch die Lebensaussichten der Zwillinge hinsichtlich ihrer Lebensfähigkeit sind ungünstiger als die der Einzelkinder. — Im eugenischen speziell im Sinne der Hebung der Bevölkerungszahl sind also Zwillinge nicht erstrebenswert. Dagegen sei es ganz unbewiesen, daß, wie Grotjahn meint, Zwillinge an sich konstitutionell minderwertig seien. — Weiterarbeit auf diesem Gebiet ist dringend erforderlich. Klien (Leipzig).

368. **Das Promontorium und seine Entstehung oder: Ursachen und Folgen des Lendenknicks;** von M. v. Arx. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 2. S. 187.)

Eine geistreiche vergleichend mechanisch-entwicklungsgeschichtliche Studie. Ausgehend von der „Zentralkugel" (Herz, Leber und Milz umfassend) läßt v. A. um diese herum die Wirbelsäule, den „Druckbaum" sich an seinen beiden Enden abbiegen. An den beiden Enden stülpen sich Thorax und Darmbeinschaufeln mützenartig über die Zentralkugel. Beim Menschen fällt in der gleichen Entwicklungsstufe das Längenverhältnis zwischen Längs- und Querachse zu ungunsten der Längsachse aus. Die menschliche Frucht hat sich relativ verkürzt. Die Spindelpole drücken stärker auf die Zentralkugel und die Ursache hierfür liege in der Formverkürzung des menschlichen Uterus gegenüber dem tierischen. Im weiteren Verlauf wird die Zentralkugel immer mehr in das Becken hineingedrückt und dadurch kommt es, wie v. A. an der Hand von Konstruktionsabbildungen beweist, zur Abknickung in der Lendenwirbelsäule, zum Lendenknick, nachdem es vorher zum Steißbeinknick gekommen war. „Mit Hilfe des Lendenknicks hat die Natur in der Anthropogenese das schwerste Problem der Statistik glänzend gelöst. Im stabil-labilen, nicht bloß im stabilen Gleichgewicht wandelt der Mensch aufrechten Ganges einher." Die Vorbedingung zu diesem rein mechanischen Vorgange ist ein Achsenbruch im Konstruktionsmaterial (Wirbelsäule) infolge einer ontogenetisch lokal verminderten Festigkeit desselben. — Weitet beim Mann des weiteren die sinkende Urinblase das Becken aus, so in erhöhtem Maße beim Weibe der Uterus, vorausgesetzt, daß er genügende Elastizität hat (sonst Infantilismus). In einem Fall von Infantilismus gelang es v. A., durch Uteruselevationen mit „Attention" (systematisches Spannen und Dehnen des Uterus, vgl. Gyn. Helvet. 16. Jahrg. S. 57) die Beckenmaße um 1—2 cm zu vergrößern und es trat 2mal Schwangerschaft ein, mit spontaner Geburt eines ausgetragenen Kindes. Klien (Leipzig).

369. **Beitrag zur Scanzonischen Zangenoperation;** von H. Guggisberg. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 4. S. 101.)

Über diese geburtshilfliche Operationsmethode sagt G., daß sie immer dann auszuführen ist, wenn bei Vorderhauptslage eine gewöhnliche Zangenextraktion sich als sehr schwierig oder unmöglich erweist; oder bei Gesichts- und Stirnlage mit Rotation des Kinnes nach hinten vor der Perforation als Versuch der Rettung des kindlichen Lebens. Die Operation ist nur dem geschulten Geburtshelfer zu empfehlen; der praktische Arzt soll sie nicht ausführen. In einem Falle von 1. Stirnlage mit Rotation des Gesichts nach hinten bei beginnender Dehnung des unteren Uterinsegmentes ließ sich mit Hilfe der Scanzonischen Operation die Perforation des lebenden Kindes umgehen. Tosetti (Bonn).

370. **The use of pituitrin in labor;** by C. Foulkrod. (Therap. Gaz. Bd. 40. 3. S. Nr. 5. S. 305. 1916.)

Pituitrin soll nur angewendet werden, wenn der vorliegende Teil mit seinem größten Umfang unterhalb des Beckeneinganges steht, und wenn die Beckenmessung keine Verkürzung des queren Durchmessers des Beckenausgangs ergeben hat. Dies gelte für Erst- und für Mehrgebärende, bei letzteren in Anbetracht der zunehmenden Größe der Kinder. Klien (Leipzig).

371. **Der sog. erste Atemzug;** von F. Ahlfeld. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 2. S. 211. 1916.)

Zusammenstellung der früheren, zum Teil wenig bekannt gewordenen Publikationen A.s über diesen Gegenstand. A. hat nachgewiesen, daß schon vor dem ersten *tiefen* Atemzug, der nach der Geburt infolge Verminderung der Sauerstoffzufuhr erfolgt, intravaginal, ja sogar intrauterin Atemzüge erfolgen. Klien (Leipzig).

372. **Die Einschränkung des künstlichen Abortes;** von G. Winter. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 1. S. 1.)

Eine sehr wichtige Aufgabe in der Bevölkerungspolitik ist für die Geburtshelfer die Einschränkung der auf bestimmte Indikationen vorgenommenen Unterbrechungen der Schwangerschaft. Die Vorschläge W.s zur Lösung dieser Aufgabe gehen dahin, daß 1. die geburtshilfliche Wissenschaft sich bemühen soll, die Indikationen für den künstlichen Abort immer mehr zu beschränken und seine vollständige Verdrängung zu erstreben; 2. wissenschaftlich und praktisch arbeitende Geburtshelfer in gemeinschaftlicher Arbeit Indikationen für den künstlichen Abort, entsprechend dem heutigen Stand der Wissenschaft und Erfahrung aufstellen und möglichst klar formulieren sollen; 3. soll die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie eine Denkschrift verfassen über die Berechtigung und Indikation des künstlichen Abortes und dieselbe an alle Ärzte Deutschlands senden.

Außerdem soll der Staat die obligatorische Anzeigepflicht des künstlichen Aborts einführen. Tosetti (Bonn).

C. Bücherbesprechungen.

10. **Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken;** herausgegeben von R. Finkelnburg. 2. Aufl. Bonn 1917. A. Marcus & E. Webers Verlag. XVI u. 726 S. (Brosch. 15 Mk. 50 Pf.; geb. 17 Mk. 50 Pf.)

Wenn ein Werk wie das vorliegende in verhältnismäßig kurzer Zeit, zumal jetzt im Kriege, eine Neuauflage erlebt, so ist schon allein darin ein Maßstab für die praktische Brauchbarkeit zu erblicken. Das günstige Urteil, das Ref. bei Besprechung der ersten Auflage an anderer Stelle abgab, trifft in gleichem Maße auch für die zweite zu. Naturgemäß sind im großen und ganzen der Inhalt und die Anordnung die gleiche geblieben, doch sind manche Kapitel dem Stande der neuesten Forschungen entsprechend umgearbeitet oder ergänzt; so wurde z. B. in die Zahl

der besprochenen Infektionskrankheiten neu aufgenommen die Weilsche Krankheit, das Fünftage-, Mittelmeer-, Pappataci- und Denguefieber. Die während des Krieges gewonnenen Erfahrungen auf chirurgischem und anderen Gebieten haben gebührende Berücksichtigung gefunden. Neuumgestaltet wurde der Abschnitt „Haut- und Geschlechtskrankheiten" (Hoffmann), der dem Praktiker wohl als der beste Abschnitt des Buches imponieren dürfte. Vorteilhaft ist auch die neuaufgenommene Zusammenstellung der wichtigsten Heilquellen und Heilanstalten für Spezialbehandlung.

Wenn auch das Buch seiner Bestimmung gemäß nur die an den Bonner Kliniken üblichen therapeutischen Maßnahmen hervorhebt, so wird es sich dennoch auch an anderen Hochschulen sowie bei den praktischen Ärzten — ebenso wie die erste Auflage — wegen seines reichhaltigen Inhaltes und der präzisen Ausdrucksweise nicht wenig Freunde erwerben.

Bachem (Bonn).

11. **Leitfaden der Säuglingskrankheiten für Studierende und Ärzte;** von W. Birk. 2., verb. Aufl. Bonn 1917. A. Marcus & E. Webers Verlag. 268 S. mit 25 Abb. im Text. (6 Mk.; geb. 7 Mk. 60 Pf.)

Da die Säuglingskrankheiten dem Studierenden und jungen Arzt, der sich mit dem Studium der grundlegenden Arbeiten nicht abgeben will oder kann, die meisten Schwierigkeiten bieten, war es ein guter Gedanke, das praktisch Wichtige in leicht faßlicher Form zusammenzufassen. Daß B. mit seiner kleinen Arbeit einem vorhandenen Bedürfnis entsprochen hat, ergibt sich aus der günstigen Aufnahme, welche sie gefunden hat. In der neuen Auflage sind einige Zusätze gemacht. Die am Schluß beigefügte Übersicht über die Säuglingsfürsorge wird gerade jetzt sehr willkommen sein. Das Büchlein kann beschäftigten Praktikern zur Anschaffung empfohlen werden.

Brückner (Dresden).

12. **Praktikum der klinischen, chemisch-mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden;** von Klopstock und Kowarsky. 4., wesentlich verm. Aufl. Berlin u. Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. VIII u. 452 S. mit 36 Abb. u. 24 Taf. (Geb. 10 Mk.)

Die anerkennenden Worte, die Ref. an dieser Stelle für die dritte Auflage ausgesprochen hat, treffen nicht minder für die bereits jetzt vorliegende vierte zu. Ist auch naturgemäß die Anordnung des Stoffes im großen und ganzen die gleiche geblieben, so sind doch zahlreiche, während des Krieges gesammelte Erfahrungen nutzbringend verwertet worden. Anderes, wie z. B. die Lehre von den Spirochäten der Weilschen Krankheit ist ebenfalls berücksichtigt. Bei den verschiedenen Krankheiten wurde ferner eine Besprechung des jeweiligen Blutbildes eingefügt. Auch die Zahl der Abbildungen erfuhr eine Vermehrung und das ganze Werk nahm 60 Seiten an Umfang zu.

In der Klinik daheim wie im Feldlazarett wird auch die vorliegende Auflage jedem als zuverlässiger Berater zur Seite stehen.

Bachem (Bonn).

13. **Leitfaden zur Pflege der Augenkranken für Schwestern und Pflegerinnen;** von C. Brons. Mit einem Vorwort von Th. Axenfeld. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. Mit 2 Tafeln, darunter 1 farbigen u. 133 Textabb. (Brosch. 4 Mk. 80 Pf., geb. 5 Mk. 80 Pf.)

Bisher war mir nur die Einführung in die Pflege der Augenkranken von H. Goering aus dem Jahre 1907 mit einem Vorwort von Hermann Pagenstecher bekannt. Der vorliegende Leitfaden übertrifft diese Einführung durch seinen Umfang, die übersichtliche Anordnung des Stoffes, eingehendere Beschreibung der einzelnen Handgriffe und vor allem durch die reichlichen Abbildungen. Sehr zweckmäßig ist am Schluß die Zusammenstellung der Instrumente, die zu jeder Operation vorzubereiten sind. Auch die neuesten Verfahren sind berücksichtigt und den Schwestern dem Sinn und der Ausführung nach klar gemacht. Überhaupt ist das Bestreben erfreulich, den Schwestern nicht nur die praktischen Handgriffe und Maßnahmen zu erläutern, sondern ihr Interesse zu wecken, in dem ihnen das Wesen der Dinge und ihre Ursachen auseinandergesetzt werden. Das Büchlein wird einem Bedürfnis abhelfen, das oft genug dringend war. Die Pflege der Augenkranken hat doch soziale Besonderheiten, daß die Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege nicht ausreicht, um den Anforderungen einer Augenklinik zu genügen. Der Augenarzt hat meist nicht die Zeit und selten die Gabe anregender Belehrung, um die neue Pflegerin einzuführen. Das Buch mit seinen zahlreichen Abbildungen ersetzt diesen Mangel in vorbildlicher Weise. Schoeler (Berlin).

14. **Prinzipienfragen in der Naturwissenschaft;** von M. Verworn. 2. Aufl. Jena 1917. Gust. Fischer. 32 S. (1 Mk.)

Verf. wollte, als er 1905 das obige Thema in einem Vortrage behandelte, durch seine Worte zu einer unablässigen Revision der Grundlagen der Naturwissenschaften anregen, mit dem besonderen Zwecke, den Einfluß der Mystik, als der Negation des wissenschaftlichen Denkens, auszuschalten. In klaren Worten weist er nach, daß für einen Dualismus von Körper und Seele kein Beweis zu erbringen ist, daß deshalb eine solche Vorstellung in der wissenschaftlichen Denkweise keinen Platz hat. Fischer-Defoy (Dresden).

15. **Medizinal-Kalender für das Jahr 1918;** herausgegeben von B. Schlechtendal. 2 Teile. Berlin 1918. A. Hirschwald. Personalienverzeichnis, Beihefte u. Kalendarium. (Zus. 4 Mk. 50 Pf.)

Es ist sehr zu begrüßen, daß sich auch diesmal Verleger und Herausgeber trotz der bestehenden Schwierigkeiten im Druckereigewerbe entschlossen haben, den Medizinalkalender pünktlich erscheinen zu lassen. Wenn auch naturgemäß die Anordnung des Stoffes in allen Abteilungen die gleiche geblieben ist, so sind dennoch zahlreiche Ergänzungen nachgetragen worden, wie z. B. ein Blick in das Arzneimittelverzeichnis lehrt. Auch die Personalienverzeichnisse, die außer den Ärzten und Apothekern Deutschlands auch die Mitglieder der medizinischen Fakultäten der deutschen Hochschulen, den Reichsgesundheitsrat usw. nennen, sind entsprechend ergänzt worden, soweit dies bei dem zur Verfügung stehenden Material möglich war. Von Interesse sind auch noch die Mitteilungen einiger Verfügungen betreffend das Zivilmedizinalwesen, die im vorigen Jahre ergangen sind.

Bachem (Bonn).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

85. JAHRGANG BAND 327 HEFT 3
MÄRZ 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang **Band 327** **März 1918**

A. Auszüge.

I. Chirurgie.

373. **Beitrag zur chirurgischen Therapie der tuberkulösen Bauchfellentzündung;** von S. Stocker. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 25. S. 800.)

St. konnte die bekannte Tatsache, daß eine einfache Laparotomie einen großen Teil der Bauchfelltuberkulosen zur Ausheilung bringt, bestätigen. In 15 Fällen der trocknen Form der tuberkulösen Peritonitis erzielte er nach überraschend kurzer Zeit Heilung; eine wichtige Rolle spielt dabei die Auswischung der Bauchhöhle mit Jodtinktur, wobei dem Jod teils eine hyperämisierende, teils eine bakterizide Wirkung zukommen soll. Jedenfalls fordert diese Methode der Jodierung der Bauchhöhle bei der Bauchfelltuberkulose zur Nachahmung auf.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

374. **Zur Frage der Verhütung der Rezidive peritonealer Adhäsionen;** von K. Vogel. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 30. S. 666.)

V. hat hierzu im vergangenen Jahre die Einverleibung einer Gummiarabikum-Lösung versetzt mit Natr. citr. ins Peritoneum empfohlen. Kühl (s. folg. Ref.) hat vor diesem Verfahren gewarnt, da das Gi. arabicum nicht sicher zu sterilisieren sei. Demgegenüber hebt V. hervor, daß er seine Methode bisher erfolgreich in 11 Fällen angewendet hat. Stets waren ausgedehnte Verwachsungen operativ getrennt worden. Keiner dieser Kranken hat wieder Adhäsionsbeschwerden bekommen. In dem einen Falle konnte auch bei einer Relaparotomie wegen innerer Hernie der anatomische Beweis geliefert werden, daß peritoneale Adhäsionen gänzlich fehlten. Bei allen 11 Kranken war der Wundverlauf so glatt, wie er nur bei einer absolut prima intentione heilenden aseptischen Laparotomie sein kann.

Wagner (Leipzig).

375. **Zur Behandlung peritonealer Adhäsionen;** von W. Kühl. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 19. S. 407.)

K. Vogel hat vor Jahresfrist über eine auffällige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes nach operativer Lösung peritonealer Adhäsionen durch Verteilung einer mit Kochsalz hergestellten Mischung von Natrium citricum und Gi. arabicum in den Tiefen der offenen Bauchhöhle berichtet. Die Wirkung soll nach Art einer Gleitschmiere eintreten. K. hat theoretische Bedenken gegen dieses Verfahren und vermißt namentlich eine genaue Angabe, wie die absolut zuverlässige Sterilisierung des Gi. arabicum erzielt wurde. Er würde sich niemals entschließen können, „bei der so unsterilen Vergangenheit dieses Rindensaftes die Sterilität einer modernen Laparotomie zu beunruhigen".

Wagner (Leipzig).

376. **Das Spannungspneumoperitonaion;** von A. Oberst. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 17. S. 354.)

Dem wohlbekannten klinischen Bilde des Spannungspneumothorax stellt O. einen in seiner Wirkung ähnlichen pathologischen Prozeß unterhalb des Zwerchfells entgegen: das Spannungspneumoperitonaion. Es handelt sich um eine unter Druck stehende Gas-(Luft-)Ansammlung im freien Abdominalraum, die zu den gleichen Kompressions- und Verdrängungserscheinungen der Brustorgane führt, wie der Spannungspneumothorax. O. teilt einen Fall von Granatsplitterverletzung des Unterleibes mit, wo wahrscheinlich der sich kontrahierende Magen seinen gasförmigen Inhalt durch eine feinste, bei der Laparotomie nicht erkannte Verletzung seiner Wand in die freie Bauchhöhle getrieben und dort schließlich eine unter Druck stehende Gasansammlung hervorgerufen hat; später trat dann auch Flüssigkeit aus. Die Kontraktion des Magens — verbunden vielleicht mit einem ventilartigen Verschluß der Öffnung — brachten den Überdruck im Abdomen in ähnlicher Weise zustande, wie die Inspirationsbewegung des Thorax bei einem ventilartigen Verschlußmechanismus einer Lungenwunde den Spannungspneumothorax hervorruft.

Wagner (Leipzig).

377. **Darmresektion ohne Darmeröffnung durch Invagination;** von A. Reich. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 16. S. 329.)

R. hat bei einem 70jährigen Manne wegen Karzinom eine Dickdarmresektion durch Invagination, ohne Darmeröffnung, vorgenommen. Das wesentliche des Vorgehens ist: 1. daß eine Darmstrecke, die aus dem Zusammenhang entfernt werden soll, so behandelt wird, daß sie einer scharf begrenzten sicheren Nekrose und Ausstoßung verfällt; 2. daß das für die Nekrose bestimmte Darmstück ohne Darmeröffnung invaginiert und 3. daß der Zusammenhang des Darmrohres durch zirkuläre, seromuskuläre Darmnahtreihen an der Demarkationsgrenze sichergestellt wird. Durch die Invagination wird naturgemäß die Darmlichtung vorübergehend vollkommen verstopft. Das Verfahren hat deshalb regelmäßig zur Voraussetzung, daß oberhalb eine wirksame Darmfistel entweder bereits besteht oder gleichzeitig angelegt wird, wie es bei einengenden Dickdarmkarzinomen allgemein als zweck-

restricted

restricted

restricted

restricted

restricted

(Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen Bd. 24. S. 528. 1917.)

1. Durch Untersuchung verschiedener Röntgenstrahlungen mittels des Analysators wird ermittelt, in welcher Weise durch Änderung der Betriebsart oder durch Einschaltung von Filtern die Zusammensetzung der von einer Röhre ausgesandten Strahlung beeinflußt werden kann. Während Zink und Aluminium bei entsprechend bemessenem Dickenverhältnis 1 : 26 gleichartige Filterwirkung zeigen, ist dies nicht der Fall bei einer Vergleichung von Aluminium und Stanniol (Zink).

2. Eine Prüfung des Bauerqualimeters ergibt die Unfähigkeit des Instrumentes, bei sehr harten Strahlungen die mittlere Härte richtig anzugeben; eine Beurteilung der Härtekonstanz von sehr harten Tiefentherapieröhren auf Grund der Zeigerausschläge des Qualimeters muß daher zu sehr erheblichen Fehlschlüssen Veranlassung geben.

3. Absorptionsvergleiche zwischen Wasser und Aluminium zeigen, daß im Gebiet der sehr durchdringungsfähigen Strahlen 1 ccm Wasser so viel absorbiert wie $2^1/_2$ mm Aluminium, während im Gebiet der mittelweichen Strahlen die bekannte Beziehung 1 ccm Wasser gleich 1 mm Aluminium gilt. Absorptionsmessungen an Aluminiumphantomen geben daher keine richtige Anschauung von der Verteilung der absorbierten Strahlungsenergie auf die Gewebsschichten verschiedener Tiefenlage. Kautz (Hamburg).

422. **Vergleichende histologische Untersuchungen über die Wirkungen von α-, β- und γ-Strahlen;** von F. Gudzent und M. Levy. (Strahlentherapie 1917. Nr. 8. S. 53.)

Bei bestimmter Versuchsanordnung werden die Organe stets in gleicher Reihenfolge geschädigt; und zwar sind die blutbildenden Organe am empfindlichsten. Die biologischen und histologisch erkennbaren Wirkungen der α-, β- und γ-Strahlen auf die geschädigten Organe sind qualitativ die gleichen.

Kautz (Hamburg).

423. **Operative oder Strahlen-Behandlung der Karzinome;** von Wilms. (D. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 193.)

W. stellt den unter starken Abwehrenergien des Körpers sich rein lokal entwickelnden Skirrus dem weichen, schnell die Drüsen infizierenden Krebs gegenüber, der bei gedunsenen adipösen „karzinophilen" Menschen auftritt. Der erstere ist zu operieren; der letztere soll der Bestrahlung unterworfen werden, die auch auf den karzinophilen Organismus kräftigend und die Widerstandsfähigkeit erhöhend wirkt. Über viele Fälle lasse sich jedoch noch kein Urteil fällen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

424. **Radiotherapeutische Fragen und Forderungen im Kampfe gegen das Karzinom;** von H. Hirsch. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 522.)

Kritisches Referat über den Stand der Frage. Die Radiotherapie ist ein mächtiges „palliatives" Mittel im Kampfe gegen das Karzinom. Die dauernden Fortschritte auf technischem Gebiete und eine strenge Individualisierung werden in Zukunft die Erfolge weiterhin vermehren. Ein spezifisches Mittel ist die Radiotherapie nicht. Eine Sterilisatio magna ist erst nach Klärung der ätiologischen Faktoren von einer Chemotherapie im Sinne Ehrlichs zu erhoffen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

425. **Erfahrungen mit der kombinierten Strahlenbehandlung des Karzinoms;** von G. Linnert. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 308.)

Bei Fällen von ausgedehntem Karzinom sowie für Rezidive und Metastasenbildungen genügt bekanntlich die Bestrahlungstherapie allein nicht; dagegen läßt sich in solchen Fällen, wie zahlreiche klinische Beobachtungen, die ziffernmäßig nicht festgelegt werden können, zeigen, daß durch eine kombinierte Bestrahlungs-Enzytolbehandlung nennenswerte therapeutische Resultate erzielt werden können. Das Enzytol soll einmal die Karzinomzellen für die Röntgen- und Radiumbestrahlung sensibilisieren, dann aber auf Grund chemotherapeutischer Allgemeinwirkung einer Metastasierung vorbeugen.

Das Enzytol wurde intravenös gegeben, und zwar anfangs 3 ccm einer 10proz. Lösung 10fach verdünnt, später bei größeren Dosen 20—30fache Verdünnung. Im ganzen wurde bis 6 g der reinen Substanz verwendet. L. erblickt in der kombinierten Anwendung des Enzytols eine Bereicherung der Karzinomtherapie.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

426. **Über den therapeutischen Wert der Ultraviolettstrahlen;** von J. Kovács. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 3. S. 93.)

K. bespricht die Anwendung der Ultraviolettstrahlen bei den verschiedenen Formen der Tuberkulose und kommt auf Grund der gemachten Erfahrungen zum Schlusse, daß dem therapeutischen Wert der Ultraviolettstrahlen eine wesentliche Rolle zugesprochen werden muß und daß diese Macht gewinnt durch die Verwendung mit schon als wirkungsvoll bekannten Heilfaktoren. Cordes (Berlin).

427. **Die Höhensonne als Lichtquelle für die Mikrophotographie;** von G. L. Moesch. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 28. S. 671.)

Die Höhensonne kann mit Vorteil zur Mikrophotographie verwendet werden. Sie ist leichter erreichbar als gute Bogenlampen. Die Beständigkeit und Ruhe des Lichtes, auch die wenige Wärme und die große Lichtstärke, ist wegen der kurzen Belichtungsdauer wertvoll. Ein Nachteil ist die Reizung der Augen durch die ultravioletten Strahlen. Cordes (Berlin).

B. Bücherbesprechungen.

16. **Taschenbuch der Therapie;** von M. T. Schnirer. 14. Aufl. Würzburg 1918. C. Kabitzsch. 489 S. (Geb. 3 Mk. 60 Pf.)

Der Inhalt dieses beliebten Taschenbuches darf als bekannt vorausgesetzt werden. Der einleitende therapeutische Jahresbericht weist zahlreiche Neuerungen auf. Neuaufgenommen wurde ein kleiner Abschnitt „Schutzimpfungen". Auch die Zahl der (alphabetisch angeführten) Arzneimittel erfuhr eine Erweiterung. Ferner wurden an anderen zahlreichen Stellen Verbesserungen vorgenommen. Bachem (Bonn).

17. **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung;** herausgegeben von J. Schwalbe. Heft 1: *Krankheiten des Stoffwechsels;* von A. Hoffmann.

Leipzig 1917. Georg Thieme. 71 S. mit einer Röntgentafel und einer farbigen Figur. (Brosch. 3 Mk.)

Unter Mitarbeiterschaft hervorragender Kapazitäten gibt Schwalbe dieses eigenartige Werk heraus. Dasselbe soll eine Ergänzung des gewöhnlichen Lehrbuches liefern und setzt daher Kenntnis der inneren Medizin voraus; es soll auf die Irrwege aufmerksam machen, die der praktische Arzt zu vermeiden hat und wird somit eine Hilfe leisten, die bisher nicht zu erlangen war. Das Werk ist auf einen Umfang von 15 Heften berechnet und umfaßt damit das ganze Gebiet der inneren Medizin. Eine der Abhandlungen ist der zivil- und strafrechtlichen Haftung des Arztes für Kunstfehler gewidmet. Das Erscheinen des Werkes hilft einem sehr fühlbaren Mangel ab. Es gehört in die Bibliothek jedes Arztes.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

18. **Anleitung zur frühzeitigen Erkennung der Krebskrankheit;** im Auftrage des Landesausschusses zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit im Königreich Sachsen bearbeitet von E. Payr, P. Rupprecht, G. Schmorl, A. v. Strümpell, P. Zweifel. Leipzig 1917. S. Hirzel. 92 S. (Brosch. 1 Mk. 50 Pf.; geb. 2 Mk. 50 Pf.)

Das vorliegende Heft, das an sämtliche sächsische Ärzte verteilt wurde, gibt in erster Linie äußerst praktische Ratschläge und faßt alles das zusammen, was der Arzt bei der Krebsdiagnose gegenwärtig haben muß. Den Bedürfnissen des praktischen Arztes entspricht auch die prägnante Kürze des Inhalts. Sehr zurückhaltend ist der Standpunkt gegenüber der Bestrahlungstherapie. Aber gerade in dieser Hinsicht ist ja größte Vorsicht angebracht. Der Hauptwert wird nach wie vor auf die chirurgische Behandlung gelegt; nur beim flachen vernarbenden und Basalzellenkrebs der Haut, beim inoperablen Karzinom und bei solchen Tumoren, bei denen das Operationsergebnis in der Regel schlecht ist (Rachen-, Schilddrüsenkrebsen), darf bestrahlt werden. Fischer-Defoy (Dresden).

19. **Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen;** von R. Grashey. 3., verb. Aufl. München 1917. J. F. Lehmanns Verlag. 244 S. mit 209 Tafelbildern u. 334 Textabbildungen. (Geb. 22 Mk.)

Die nunmehr vorliegende 3. Auflage des vorzüglichen Atlasses enthält gegenüber der 2. einige neue Tafelbilder und ca. 30 neue Textabbildungen und Skizzen; auch der die Röntgentechnik behandelnde Teil hat entsprechend dem heutigen Stand derselben einige Erweiterungen erfahren. Wenn auch Gr., der selbst im Felde steht, die neuere Literatur nicht erschöpfend berücksichtigen konnte, so stellt der Atlas doch noch das vollständigste dar, was auf dem Gebiete der röntgenologischen topographischen Anatomie bisher erschienen ist. Gerade das Neuerscheinen des Atlasses während des Weltkrieges beweist seine hervorragende Bedeutung sowohl für den angehenden Radiologen wie für den, der sich schon längere Zeit mit der Röntgendiagnostik beschäftigt hat. Und gerade zur Zeit, da sich auch viele Nichtfachärzte mit der Diagnostik befassen müssen, ist eine vergleichende Darstellung von Skelettansichten und den betreffenden Röntgenschatten unentbehrlich. Auch die von Gr. in vieler Hinsicht bereicherte röntgenologische Aufnahmetechnik ist noch nicht so Allgemeingut geworden, wie es im Interesse einer genauen Darstellung, z. B. bei der Geschoßlokalisation u. a. zu erstreben wäre. Durch eine eingehende Schilderung der Projektionsmöglichkeiten, durch eine fast lückenlose Einstreuung der vorkommenden Varietäten gehört das Werk zu den allerbesten der Weltröntgenliteratur. Wie bei den früheren Auflagen ist auch bei der 3. die Ausstattung vorzüglich, was in Anbetracht der durch die Ungunst der äußeren Verhältnisse bedingten Schwierigkeiten in der Reproduktionstechnik besonders hervorzuheben ist.

Kautz (Hamburg).

Büchereingänge.

Alle der Redaktion zur Besprechung eingesandten Bücher werden hier aufgeführt. Eine anderweitige Verpflichtung kann die Redaktion nicht eingehen; sie behält sich in jedem Falle die Besprechung des Buches vor.

Borosini, A. v., Das Fletschern und die Magenfrage. 2. Auflage. Dresden 1917. Holze & Pahl. 83 S. (Brosch. 2 Mk., geb. 2 Mk. 85 Pf.)

Boruttau, H., und **E. Stadelmann,** Leitfaden der klinischen Elektrokardiographie. Leipzig 1917. Georg Thieme. 42 S. mit 24 Abb. (2 Mk.)

de Brüne Ploos van Amstel, P. J., Über neurotischen mesenterialen Duodenalverschluß. (Würzburger Abhandlg. H. 7/8.) Würzburg 1917. Curt Kabitzsch. 300 S. (1 Mk.)

Diehgans, H., Merkbuch über Zusammensetzung und Gebrauch der wichtigsten Arzneistoffe. Bearbeitet für die in der Krankenpflege tätigen Personen. Elberfeld 1917. Ernst Brachat. 34 S. (1 Mk.)

Finkelnburg, R., Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken. 2. Auflage. Bonn 1917. A. Marcus & E. Webers Verlag. 726 S. mit 1 Tafel. (Brosch. 15 Mk. 50 Pf., geb. 17 Mk. 50 Pf.)

Flesch, M., Untersuchungen zur Dynamik der Steckschüsse. Jena 1917. Gust. Fischer. 150 S. mit 109 Abb. und 1 Taf. (Brosch. 6 Mk.)

Fröschels, E., Kindersprache und Aphasie. Berlin 1918. S. Karger. 165 S. mit 5 Abb. (Brosch. 7 Mk. 80 Pf.)

Graeßner, R., und **A. Wildt,** Die Technik der Extensionsverbände bei der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten. 5. Auflage. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 157 S. mit 1 Taf. und 76 Abb. (6 Mk.)

Grünbaum, G., Fortschritte in der konservativen Geburtshilfe. (Würzburger Abhandlg. Bd. 17. H. 9.) Würzburg 1917. Curt Kabitzsch. 146—165 S. (1 Mk.)

Hanhart, E., Über die amtliche Totenschau auf Grund der Verhältnisse in den verschiedenen Ländern und mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen im Kanton Zürich. Zürich 1916. Speidel & Wurzel. 114 S. (2 Mk. 50 Pf.)

Heil, K., Fortschritte und Wandlungen in der Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbettes während des Jahrzehntes 1906 bis 1915. Leipzig 1917. Repertorienverlag. 22 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Hering, H. E., Der Sekundenherztod mit besonderer Berücksichtigung des Herzkammerflimmerns. Berlin 1917. Julius Springer. 91 S. mit 3 Textfig. (4 Mk. 40 Pf.)

Hochsinger, C., Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause. 4. Auflage. Wien 1917. Franz Deuticke. 270 S. mit 21 Abb. (6 Mk. 50 Pf.)

Hoffmann, E., Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (Abdruck aus der „Therapie an den Bonner Universitätskliniken". 2. Auflage.) Bonn

1917. A. Marcus & E. Webers Verlag. S. 528—656. (Brosch. 3 Mk. 60 Pf., geb. 5 Mk.)

Horn, P., Praktische Unfall- und Invalidenbegutachtung bei sozialer und privater Versicherung sowie Haftpflichtfällen. Fachbücher für Ärzte. Band 2. Berlin 1918. Julius Springer. 234 S. (Geb. 9 Mk.)

Jaschke, R. Th. v., Physiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen einschließlich der Ernährungsstörungen der Brustkinder in der Neugeburtszeit. (Deutsche Frauenheilkunde. 3. Bd.) Wiesbaden 1917. J. F. Bergmann. 480 S. mit 94 Abb. und 4 Tafeln (25 Mk.)

Kapp, J. F., Vom vorzeitigen Altern. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 96 S. mit 32 Abb.

Kaup, J., Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quantitative Messung der Komplementbildung. München 1917. R. Oldenburg. 175 S. mit 7 Abb. (Geh. 5 Mk.)

Kobert, R., Neue Beiträge zur Kenntnis der Saponinsubstanzen. II. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 154 S. (7 Mk.)

Köhler, F., Die Tuberkuloseforschung in den Kriegsjahren. Leipzig 1917. Repertorienverlag. S. 163—182. (1 Mk.)

Leo, H., Fortschritte der Heilkunde und Seuchenbekämpfung. Bonn 1917. A. Marcus & E. Webers Verlag. 26 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Leo, W., Kriegsneurologische Beobachtungen. Langensalza 1917. Wendt & Klauwell. 154 S. mit zahlr. Abb. (5 Mk.)

Lipschütz, A., Probleme der Volksernährung. Bern 1917. Akad. Buchh. von Max Drechsel. 74 S. (Brosch. 2 Mk. 80 Pf.)

Lorand, A., Das rasche Altern der Frauen nach gewissen Schädlichkeiten. Wien 1918. Moritz Perles. 51 S. (2 Kr.)

Mayer, A., Die Unfallserkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 258 S. (10 Mk.)

Medizinal-Kalender 1918. Zweite Abteilung. Berlin 1918. August Hirschwald. LII und 702 S.

Melchior, E., Die Chirurgie des Duodenum. Neue Deutsche Chirurgie. Bd. 25. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 566 S. mit 88 Abb. (Geh. 25 Mk 60 Pf., geb. 28 Mk. 60 Pf.)

Meyer, E., Psychiatrie. 2. Heft: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Leipzig 1917. Georg Thieme. 131 S.

Neergaard, K. v., Grundregeln der Mikro-Photographie mit Angabe einer einfachen optisch-rationellen Apparatur. Zürich 1917. Speidel & Wurzel. 58 S. (2 Mk.)

Rapp, Keimfreimachung von Arzneistofflösungen. Angabe des Verfahrens, der Zeitdauer und der Haltbarkeit. Leipzig 1917. F. Leineweber. 13 S. (1 Mk.)

Rothenhäusler, O., Bewußtlos Aufgefundene. Die Folgen ihrer mangelhaften Behandlung für die heutigen rechtlichen Verhältnisse, insbesondere das neue Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911. Zürich 1916. Speidel & Wurzel. 56 S. (2 Mk.)

Schnirer, M. T., Medizinal-Index und therapeutisches Vademekum. Wien 1918. Franz Deuticke. 566 S. (4.15 Kr.)

Schnirer, M. T., Taschenbuch der Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an den Berliner, Wiener u. a. deutschen Kliniken. 14. Ausgabe. Würzburg 1918. Curt Kabitzsch. 488 S. (Geb. 3 Mk. 60 Pf.)

Schwalbe, J., Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen. Ein Lehrbuch für die Praxis. 1. Bd. Leipzig 1917. Georg Thieme. 458 S. mit 26 Abb. (Brosch. 12 Mk., geb. 13 Mk. 20 Pf.)

Schwalbe, J., Über das medizinische Frauenstudium in Deutschland. Leipzig 1818. Georg Thieme. 63 S. (2 Mk. 75 Pf.)

Schwartzenberger, L., Kompendikum der normalen Histologie. 4. Auflage. Berlin 1917. Max Günther. 158 S. mit über 200 Abb.

Strauß, H., Die Nephritiden. Abriß ihrer Diagnostik und Therapie auf Grund der neueren Forschungsergebnisse. 2. Auflage. Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. 312 S. mit 8 Abb. (Bosch. 15 Mk., geb. 17 Mk.)

Voelcker und **Wossidlo,** Urologische Operationslehre. 1. Abt. Leipzig 1918. Georg Thieme. 306 S. mit 225 Abb. und 3 Taf. (19 Mk.)

Weiß, R., Die schnellsten und einfachsten qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden des Harns, Blutes und Magensaftes für den praktischen Arzt und Apotheker. Berlin 1918. Fischers med. Buchh. H. Kornfeld. 81 S. mit 22 Abb. im Text. (3 Mk.)

Ziemann, H., Gesundheits-Ratgeber für heiße Zonen. 5. Auflage. Berlin 1917. Dietrich Reimer (Ernst Voßen). 56 S. mit 23 Abb. (Brosch. 1 Mk. 50 Pf.)

C. Medizinische Bibliographie des In- u. Auslands.

(Vom 1. Nov. 1917 bis 31. Jan. 1918.)

1. Anatomie.

Adloff, P., Das Problem der Entstehung der Zahnform. Arch. f. Anat. u. Phys. H. 1—3. S. 1.

Aichel, O., Zur Frage der Konkreszenzhypothese. Anat. Anz. Bd. 50. H. 16. S. 400.

Altzinger, J., Über die quergestreifte Darmmuskulatur der Fische. Anat. Anz. Bd 50. Nr. 17. S. 425.

Barge, J. A. J., Het dorsale sluitstuk van den atlas bij den krokodil. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 122.

Böker, H., Die Entwicklung der Trachea bei Lacerta agilis. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 17. S. 452.

Bolk, L., „Bulla maxillaris" van Gorilla. — Mongolenvlekken bij een foetus van Chimpanzee. Nederl. Tjdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 204.

Burlet, M. de, Oergeslachtscellen bij Bradypus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 123.

Donker, J. P., Het aandeel van den nervus vagus aan de innervatie van den darm. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 113.

Droogleever Fortuyn, A. B., Het octavussysteem bij ratten met oorontsteking. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 116.

Fick, R., Zur Frage der Nervenversorgung des M. sternalis. Anat. Anz. Bd. 50. H. 16. S. 406.

Forster, A., Die Mm. contrahentes und interossei manus in der Säugetierreihe und beim Menschen. Arch. f. Anat. Jahrg. 1916. Nr. 3—6. S. 101.

Frederikse, A. M., Der Zusammenhang zwischen Mitochondrien und Bindegewebsfibrillen. Anat. Anz. Bd. 50. H. 16. S. 393.

Froriep, A. v., Die Kraniovertebralgrenze bei den Amphibien (Salamandra atra). Arch. f. Anat. u. Phys. H. 1—3. S. 61.

Gräper, L., Vorschläge zur Bezeichnung schräg im Körper liegender Ebenen und Linien. Anat. Anz. Bd. 50. H. 15. S. 387.

Haecker, V., Eine medizinische Formulierung der entwicklungsgeschichtlichen Vererbungsregel. D. med. Woch. 1918. H. 5. S. 124.

Harris, W., Abnormal median and ulnar nerve-supply in the hand. Lancet Nr. 4915.

Keil, O., Zur Anatomie und Histologie des Cyprinidenpankreas. Anat. Anz. Bd. 50. H. 15. S. 361.

Koster, J. J. J., en H. Oort, Over den stand van de maculae acusticae en half-cirkelvormige kanalen in den konijnenschedel. Over de vestakking van den nervus octavus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 118.

Landsberger, R., Das Breitenwachstum des Oberkiefers der Vomer und die Crista septi. Arch. f. Anat. H. 1—3. S. 150.

Lustig, W., Zur Morphologie des menschlichen Daumens. Arch. f. Anat. u. Phys. H. 1—3. S. 49.

Matula, J., Untersuchungen über die Leistungen der Nervenzentren bei Dekapoden. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 10—12. S. 503.

Mijsberg, W. A., Over de homologie van de sacrale arcade der monotremen met het foramen sacrale superius bij den mensch. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 199.

Mijsberg, W. A., Die vermeintliche Homologie des Foramen sacrale superius (Var.) des Menschen mit der sakralen Arkade der Monotremen. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 17. S. 441.

Müller, H., Eine einfache Markscheidenfärbung im Paraffin- und Gefrierschnitt. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1453.

Neve, J. J. L. de, Het gedrag van de megakaryocyten in de milt van de jonge kat. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 120.

Noort, C. van, De gehoors- en de gezichtsschors bij Madvereeshersenen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 201.

Rosenstadt, B., Über die Bildung des Keratohyalins. Arch. f. Anat. u. Phys. H. 1—3. S. 35.

Schwartzenberger, L., Kompendikum der normalen Histologie. 4. Aufl. Berlin. Max Günther. 158 S. mit über 200 Abb.

Veit, R., Über den inneren Bau der peripheren Nerven. Anat. Anz. Bd. 50. H. 15. S. 379.

Vermeulen, H. A., Over de motorische vaguskernen van zoogdieren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 196.

Vogt, A., Ein embryonaler Kern der menschlichen Linse. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 40. S. 1342.

Waldeyer-Hartz, W. v., Torus temporalis und Zona falciformis. Arch. f. Anat. u. Phys. H. 1—3. S. 17.

Woerdeman, M. W., Over een weinig bekend gedeelte des hypophyse. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 215.

2. Physiologie.

Ascher, K. W., Versuche zu einer Methode, die sekundären Motive der Tiefenlokalisation messend zu beobachten, nebst Bemerkungen über die Gewöhnung an das einäugige Sehen. Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 3 u. 4. S. 275.

Asher, L., Die Gültigkeit des Gesetzes der reziproken Innervation bei der Reizung des N. depressor cordis. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 3. S. 160.

Aubertin, Ch., L'épreuve de la tachycardie d'effort. Presse méd. Nr. 55. S. 569.

Baade, W., Experimentelle Untersuchungen zur darstellenden Psychologie des Wahrnehmungsprozesses. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. 1. Abt. Bd. 79. H. 1—3. S. 97. 1918.

Baade, W., Selbstbeobachtung und Introvokation. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. 1. Abt. Bd. 79. H. 1—3. S. 68. 1918.

Baumann, C. T., Zur Kritik der klinischen palpatorischen Maximaldruckbestimmungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 47. S. 1569.

Becher, E., Untersuchungen über die normale Höhe des Lumbaldruckes und sein Verhalten bei verschiedener Lagerung des Oberkörpers und des Kopfes. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 116. 1918.

Belák, A., Über Muskelquellung speziell unter Wirkung des Koffeins. Biochem. Zeitschr. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 165.

Best, F., Untersuchungen über die Dunkelanpassung des Auges mit Leuchtfarben. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 3. S. 111.

du Bois-Reymond, R., Über den Gang mit künstlichen Beinen. Arch. f. Anat. u. Phys. 1918. H. 1 u. 2. S. 37.

du Bois-Reymond, R., Über das Verhalten von Fischen gegen Wasserschwingungen. Arch. f. Anat. u. Phys. 1918. H. 1 u. 2. S. 30.

Brücke, E. Th. v., Neuere Anschauungen über den Muskeltonus. D. med. Woch. 1918. H. 5. S. 121.

Colleville, G., Contribution à l'étude de la circulation cardio-pulmonaire. Presse méd. Nr. 60. S. 618.

Cottet, J., La méthode sphygmomanométrique auscultatoire. Presse méd. Nr. 56. S. 579.

Ebbecke, U., Über die Temperaturempfindungen in ihrer Abhängigkeit von der Hautdurchblutung und von den Reflexzentren. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 5—9. S. 395.

Eiger, M., Versuche am isolierten überlebenden Säugetierherzen nach Abtragung verschiedener Teile desselben. Zentralbl. f. Phys. Bd. 32. Nr. 5. S. 205.

Friedenthal, H., Über Kapillardruckbestimmung. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 222.

Gehrcke, H. H., Versuche über das Verhalten der Auffassungsfähigkeit gegenüber verschiedenen Gruppierungen schnell nacheinander durch das Gesichtsfeld geführter Buchstabenkomplexe. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. 1. Abt. Bd. 79. H. 1 bis 3. S. 1. 1918.

Geigel, Verlängerung der Anspannungszeit. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1629.

Gotti, G., La fisiopatologica del timo. Stabilimento tipografico N. Jovene E. C. Napoli. 1 vol. in-8. 230 S., 5 Tafeln.

Helm, F., Die Dickdarmperistaltik im Schlafe. Med. Klin. Nr. 50. S. 1308.

Hering, H. E., Der Sekundenherztod mit besonderer Berücksichtigung des Herzkammerflimmerns. Berlin. Julius Springer. 91 S. mit 3 Textfig. 4 Mk. 40 Pf.

Herzog, F., Über die Selbststeuerung der Atmung des Menschen und über die durch Verminderung der Selbststeuerung entstandene Veränderung des Atmens bei Asthma bronchiale, bei Gehirndruck und bei Tabes. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 1 u. 2. S. 38.

Hoeve, J. v. der, und A. de Kleijn, Tonische Labyrinthreflexe auf die Augen. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 5—9. S. 241.

Hoyer, W. A., Über Kälteschädigung und Kältetod des quergestreiften Säugetiermuskels. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 5—9. S. 263.

Kahn, R. H., Drei Vorschläge zur Namensgebung und -schreibung. Zentralbl. f. Phys. Bd. 32. Nr. 7. S. 285.

Kahn, R. H., Über Bau und Bedeutung der dehnbaren Bauchmuskelsehnen der Frösche als Geschlechtsmerkmal. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 10—12. S. 463.

Kahn, F., Die Schilddrüse. Kosmos 1918. H. 1. S. 1.

Kittsteiner, C., Beitrag zum Kochsalz- und Wasserstoffwechsel des Menschen. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 1—4. S. 176.

Krauß, H., Ein Besuch im Pumpwerk des menschlichen Körpers. Hyg Nr. 12. S. 179.

Kries, J. v., Physiologische Bemerkungen zu *Ostwalds* Farbenfibel. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. Bd. 50. H. 3. S. 117. 1918.

Lake, N. C., Report upon an investigation into the effects of cold upon the body. Lancet Nr. 4911.

Lankhout, J., Over het meten van den diastolischen bloeddruk. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 2120.

Löhlein, M., Ursachenbegriff und kausales Denken. Med. Klin. Nr. 50. S. 1314.

Meyer, E., und L. Weiler, Weitere Untersuchungen über die tetanische Muskelverkürzung. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1569; Nr. 50. S. 1611.

Müller, O., und Brösamlen, Über die Eignung der Sphygmobolometrie bzw. Sphygmovolumetrie zur Bemessung der Systolengröße bzw. des Minutenvolumens. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 3 u. 4. S. 262.

Naumann, E., Untersuchungen über den Gang der Totenstarre. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 10—12. S. 517.

Neurath, R., Kalkentziehung und Nervenübererregbarkeit. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2071.

Pappenheim, A., Allgemeine zytologisch-mikrochemische Vorbemerkungen. Folia haem. Bd. 22. Nr. 1. S. 39.

Pappenheim, A., Allgemeine Prinzipien und Gesetze der Zytogenese der Blutzellen und deren morphologisch-tinktorieller Ausdruck. Folia haem. Bd. 22. Nr. 1. S. 51.

Roger, H., Quelques recherches récentes sur les fonctions des capsules surrénales. Presse méd. Nr. 65. S. 665.

Roos, J., en G. v. Rijnberk, Over pijn bij dieren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1756.

Rubner, M., Nährwert des durch Alkali aufgeschlossenen Strohes beim Hunde. Arch. f. Anat. u. Phys. 1918. H. 1 u. 2. S. 50.

Rubner, M., Weitere Untersuchungen zur Verdaulichkeit des mit Säuren aufgeschlossenen Holzmehles. Arch. f. Anat. u. Phys. 1918. H. 1 u. 2. S. 20.

Scheminzký, F., Über das Sehen im Dunkeln. Wien. klin. Rundschau Nr. 47—49. S. 274.

Schmiedeberg, O., Über elastische Verkürzung und aktive Erschlaffung lebender Muskeln. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. H. 3 u. 4. S. 159.

Straub, H., Das Arbeitsdiagramm des Säugetierherzens. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 10—12. S. 564.

Straub, H., Über partiellen Sinusvorhofblock beim Menschen. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1386.

Szász, T., und T. v. Podmaniczky, Über die Beziehungen des Stirnhirns zum Zeigeversuch. Neur. Zentralbl. Nr. 21. S. 878.

Szymanski, J. S., Untersuchungen über den biologisch richtigen Verlauf des Lernvorganges bei weißen Mäusen. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 10—12. S. 537.

Vries Reilingh, D. de, Hypertensie. Geneesk. Bladen Bd. 19. H. 11. S. 397.

Wacker, L., Über einige Modelle zur Demonstration der Muskelkontraktion nach der Drucktheorie. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 10—12. S. 492.

Waller, A. D., Altes und Neues über das Elektrokardiogramm. Arch. f. Anat. u. Phys. 1918. H. 1 u. 2. S. 89.

Weitz, W., Über die Kardiographie am gesunden Herzen mit dem Frankschen Apparat. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 1 u. 2. S. 134 u. 155.

Zimmermann, P., Über die Abhängigkeit des Tiefeneindrucks von der Deutlichkeit der Konturen. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. Bd. 78. H. 5 u. 6. S. 278.

3. Physiologische und pathologische Chemie.

Backman, L., Undersökningar över den experimentella njurinsufficiensens inverkan på blodtrycket, på urinens mängd, sp. vikt och N-halt, samt på blodets osmotiska koncentration, dess halt av rest-N och urinämne ävensom på förekomsten i blodet av tryckstegrande substanser. Svens. läkaresällsk. handl. Bd. 43. H. 4. S. 1409.

Baumgärtel, T., Über die spektroskopisch-quantitative Bestimmung des Urochromogens. Biochem. Zeitschr. Bd. 85. H. 1 u. 2. S. 162. 1918.

Berczeller, L., Über die Oberflächenspannung von Fermentlösungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 50.

Berczeller, L., Zur Reaktionskinetik der Bildung und Flockung kolloider Lösungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 175.

Berczeller, L., Kolloidchemisches zur Härtebestimmung des Wassers. Biochem. Zeitschr. Bd 84. H. 3 u. 4. S. 149.

Berczeller, L., Über die Ausscheidung von körperfremden Substanzen im Harn. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 75.

Berczeller, L., Über die Ultrafiltration übersättigter Lösungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 156.

Berczeller, L., Über Farbe und Dispersitätsgrad. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 160.

Berczeller, L., Zur physikalischen Chemie der Zellmembranen. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 59.

Berczeller, L., Über die „Reversion der diastatischen Wirkung". Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 37.

Berczeller, L., Über Jodstärke. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 106.

Berczeller, L., und E. Fodor, Über die Wirkung von oxydierenden und reduzierenden Substanzen auf die Diastasen. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 42.

Berczeller, L., und St. Hetényi, Über die Verdrängung aus der Oberfläche. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 118.

Berczeller, L., und E. Szegö, Die Autooxydation der Zuckerarten. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 1.

Bienenstock, M., und L. Csáki, Physikalisch-chemische Untersuchungen über experimentelle Urämie. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 210.

Boissevain, C. H., Het optreden van invertase in het serum. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 226.

Bokorny, Th., Aufzucht von Hefe bei Luftzutritt unter Anwendung von Harnstoff als N-Quelle und von verschiedenen C-Quellen. Zuckerassimilationsquotient. Biochem. Zeitschr. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 133.

Bruyne, F. de, De veranderlijkheid van ptyalinewerking. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 21. S. 1884.

Bürgi, E., Das Chlorophyll als blutbildendes und belebendes Agens. Therap. Monatsh. 1918. H. 1. S. 1.

Diacono, H., La typho-uro-réaction. Nouvelle méthode de diagnostic urologique de la fièvre typhoïde. Presse méd. Nr. 59. S. 611.

Euler, H., Hj. Ohlsén und D. Johansson, Über Zwischenreaktionen bei der alkoholischen Gärung. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 402.

Feigl, J., Biochemische Untersuchungen über den Einfluß von Marschanstrengungen auf die Zusammensetzung des Blutes. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 332.

Feigl, J., Über das Vorkommen von Phosphaten im menschlichen Blutserum. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 218 u. 231.

Feigl, J., Über das Vorkommen von Kreatinin und Kreatin im Blute bei Gesunden und Kranken. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 264.

Fellenberg, Th. v., Über die Konstitution der Pektinkörper. Biochem. Zeitschr. Bd. 85. H. 1 u. 2. S. 118. 1918.

Gaillard et Fabre, Glycosurie compliquée de maltosurie et dextrinurie. Journ. de Pharm. et de Chem. Bd. 16. H. 5. S. 129.

Goldberger, J., Über die Änderung der Wasserstoffionenkonzentration des Muskels während der Arbeit. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 201.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Chemische Studien zur Physiologie und Pathologie. Biochem. Zeitschr. Bd. 85. H. 1 u. 2. S. 1. 1918.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Studien zur Chemie der Eiweißkörper. Biochem. Zeitschr. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 228.

Hirschfeld, H., Die makroskopische Oxydasereaktion als Mittel zum Eiternachweis in pathologischen Körperflüssigkeiten. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1620.

Israel, A., und A. Hertzberg, Experimentelle Untersuchungen über die Gerinnung des Blutes in serösen Höhlen und Gelenken. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 171. 1918.

Jacoby, M., Über Fermentbildung. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 358.

Jacoby, M., Über eine einfache und sichere Methode der Ureasedarstellung aus Bakterien. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 354.

Jansen, W. H., Untersuchungen über Stickstoffbilanz bei kalorienarmer Ernährung. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 1 u. 2. S. 1.

Jansen, W. H., Untersuchungen über Stoffumsatz bei Ödemkranken. Münchn. med. Woch. 1918. H. 1. S. 10.

Jolles, A., Eiweißnachweis mit Chlorkalklösung und Salzsäure. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1621.

Kahn, R. H., Über die nach zentraler Reizung zur Störung des Kohlehydratstoffwechsels führenden Vorgänge. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 5—9. S. 326.

Karczag, L., Notizen über die Brenztraubensäure. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 225.

Küster, W., Über die Einwirkung von Diazomethan auf Hämine. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 1 u. 2. S. 25.

Lenk, E., Beitrag zum Abbau der Fettsäuren im Tierkörper. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1460.

Meinicke, E., Zur Chemie der serologischen Luesreaktionen. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1644.

Mörner, C. Th., Über aus Proteinstoffen bei tiefgreifender Spaltung mit Salpetersäure erhaltene Verbindungen. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 1 u. 2. S. 15.

Müller, W., Über den antigenen Charakter der Tuberkelbazillenfette. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1387.

Neuberg, C., E. Färber, A. Levite und E. Schwenk, Über die Hexosediphosphorsäure, ihre Zusammensetzung und die Frage ihrer Rolle bei der alkoholischen Gärung sowie über das Verhalten der Dreikohlenstoffzucker zu Hefen. Biochem. Zeitschr. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 244.

Rhein, M., Kritische Bemerkungen über einige neuere Farbenreaktionen des Harnes. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1608.

Rhein, M., Über die Bildung von Phenol im menschlichen Darm. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 246.

Ricklin, B., Kalzium- und Phosphorsäure-Stoffwechsel bei einem Fall von Rachitis tarda. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 47. S. 1586.

Röhmann, F., Über die Bildung von Milchzucker aus Stärke durch die „hervorgelockten" Fermente des Rohrzuckerserums. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 399.

Röhmann, F., Über die durch parenterale Rohrzuckerinjektionen „hervorgelockten" Fermente des Blutserums von trächtigen Kaninchen. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 382.

Romme, M., Du rôle de la moelle osseuse dans la coagulation du sang. Presse méd. Nr. 64. S. 661.

Rosenberg, M., Die quantitative Indikanbestimmung im Blut als Nierenfunktionsprüfung. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 472.

Salkowski, E., Über die Isäthionsäurederivate einiger aliphatischer Amidosäuren. Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. 101. H. 1 u. 2. S. 1.

Salomon, H., und D. Charnass, Über die Differentialdiagnose zwischen Ulcus, Karzinom und Perniziosa auf Grund Urobilinogenausscheidung im Stuhle. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1556.

Salus, G., Die Bakterienadsorption durch Bolus. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 378.

Scheminzky, F., Emanation bei biochemischen Prozessen. Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 3 u. 4. S. 17.

Sighart, Zur sogenannten Methylengrünreaktion. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1596.

Sjollema, B., und C. W. G. Hetterschy, Über mikrochemische Stickstoffbestimmung. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 359.

Sjollema, B., und C. W. G. Hetterschy, Über die Bestimmungen von Reststickstoff im Blute. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 371.

Snapper, J., Over de noodzakelijkheid van het spectoscopisch onderzoek voor het aantoonen van bloed in de ontlasting (Enterogeen ontstaan van porphyrinen uit bloedkleurstof). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 10.

Starke, J., Über tierisches Globulin. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 3. S. 147.

Steensma, F. A., Klinische en experimenteele onderzoekingen over urobiline en urobilinurie. Inaug.-Diss. Amsterdam, Januar.

Stepp, W., Beitrag zur Frage der Verteilung des Blutzuckers auf Körperchen und Plasma beim menschlichen Diabetes. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 3 u. 4. S. 199.

Szili, A., Untersuchungen über die Reaktion der Frauenmilch. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 194.

Tangl, F., und K. Bodon, Beitrag zur physikalischen Chemie der weißen Blutkörperchen und des Eiters. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 183.

Tchertkoff, J., Le dosage de la créatinine dans le sang. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 12. S. 749.

Theopold, Fr., Über Ausscheidung von Hexosen bei ausschließlicher Fütterung mit Milchzucker. Monatsh. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 4. S. 263.

Weber, K., Über Untersuchung von Harnsedimenten mittels des Tuscheverfahrens. Berl. klin. Woch. Nr. 49. S. 1180.

Weiland, W., Über den Einfluß wechselnder Außentemperatur auf die Zuckerausscheidung phlorizindiabetischer Hunde. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 211.

4. Mikrobiologie und Serologie.

Abderhalden, E., Fortschritte auf dem Gebiete des Nachweises der Abwehrfermente (Abderhaldensche Reaktion). Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 51. S. 1745.

Andrewes, F. W., A consideration of recent serological work on the meningococcus. Lancet Nr. 4919.

Aschoff, L., Über bakteriologische Befunde bei den Gasphlegmonen. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1468.

Beintker, Über Paragglutination bei Ruhr. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1446.

Berczeller, L., Über die Organisation der Ausführung der Wassermannschen Reaktion. Berl. klin. Woch. Nr. 45. S. 1081.

Berczeller, L., Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion. Biochem. Zeitschr. Bd. 85. H. 5 u. 6. S. 315.

Berka, F., Zur Tuberkelbazillenfärbung. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1552.

Bond, C. J., On the haemagglutinin reaction as a test of the toxicity of various antiseptic reagents and on the association (if any) between the haemagglutinin content of the blood serum and sus and capacity to resist infection. Brit. med. Journ. Nr. 2971.

Braun, H., und R. Salomon, Ein Beitrag zum Wesen der Weil-Felixschen Reaktion auf Fleckfieber. D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 59.

Burckhardt, J. L., Eine neue Gruppe von diphtherieähnlichen Stäbchen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 45. S. 1517.

Castellani, A., A method to facilitate the isolation of the cholera vibrio and other organisms. Brit. med. Journ. Nr. 2963.

Ceconi, A., In materia di reazione di *Wassermann*. Rivista crit. di clin. med. Nr. 43 u. 44.

Douglas, S. R., A. Fleming and L. Colebrook, Studies in wound infections. On the growth of anaerobic bacilli in fluid media under apparently aerobic conditions. Lancet Nr. 4910.

Engel, C., Über Bacterium proteus und Ruhr. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1460.

Engelsmann, R., Über die Leistungsfähigkeit und Grenzen der Anreicherungsmethoden für den Nachweis der Tuberkelbazillen im Auswurf. D. med. Woch. 1918. H. 1. S. 11.

Epstein, E., und G. Morawetz, Über die Züchtung der spezifischen Proteus-(X)-Stämme bei Fleckfieber. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1559.

d'Este Emery, W., The retraction of blood clots, with two methods for securing a large gield of serum. Lancet Nr. 4912.

Felix, A., Über die angeblichen polyagglutinatorischen Eigenschaften des Serums Fleckfieberkranker. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 1. S. 11.

Ficker, M., Über ein Toxin des aus Gasbrandfällen isolierten Bacillus oedematis maligni. Med. Klin. Nr. 45. S. 1181.

Fraenkel, E., Über bakteriologische Befunde bei den Gasphlegmonen. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1612.

Friedberger, E., Über Immunitätsreaktionen mit dem Bazillus *Weil-Felix* und über seine ätiologische Bedeutung für das Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1390.

Friedemann, U., Bakteriologie der Ruhr. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1524.

Friedrich, L. v., Zur Epidemiologie der *Shiga-Kruse*-Dysenterie. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1585.

Hall, J. W., Inoculation agglutinins. Lancet Nr. 4910.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Zur Chemie der serologischen Luesreaktionen. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1486.

Hilgermann, Typhusbazillenträger und Widalsche Reaktion. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1525.

Hirschbruch, A., und C. Börner, A-Meningokokken als Genickstarreerreger. Zeitschr. f. Med.-Beamte 1918. Nr. 1. S. 1.

Hoke, Ed., Die Immunitätsanalyse mit Partialantigenen nach *Deycke-Much* bei der Lungentuberkulose. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1575.

Janicki, C., und F. Rosen, Der Entwicklungszyklus von Dibothriocephalus latus L. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 45. S. 1505.

Jong, S. J. de, et A. Martin, Paludisme et réaction de *Bordet-Wassermann*. Presse méd. Nr. 60. S. 617.

Kämmerer, H., Bemerkungen zu C. *Brucks* neuesten sero-chemischen Untersuchungen. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1388.

Kaup, J., Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quantitative Messung der Komplementbindung. München. R. Oldenbourg. 175 S. mit 7 Abb. Geh. 5 Mk.

Kaup, J., I. Balser, Hatziwassiliu und J. Kretschmer, Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quantitative Messung der Komplementbindung. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 1—4. S. 1.

Ker, Cl. B., A note on serum sickness in cerebrospinal meningitis. Lancet Nr. 4918.

Kißmeyer, A., Weitere Untersuchungen über Agglutininbildung bei Syphilitikern. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1447.

Klose, F., Die anaërobe Mischinfektion bei der Gasödemerkrankung. Med. Klin. 1918. Nr. 2. S. 33.

Klose, F., Toxin- und Antitoxinversuche mit einem zur Gruppe der Gasödembazillen gehörenden Anaëroben. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1541.

Konschegg, A. v., Zur Komplementbindung bei Variola. D. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 9.

Kulka, W., Anaërobisch wachsende Darmbakterien und ihre Beziehungen zu den „ruhr"artigen Erkrankungen. Med. Klin. Nr. 48. S. 1269.

Marmann, Beiträge zu den serochemischen Syphilisuntersuchungen nach *Bruck*. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1487.

Marmann, Über das Verhalten der bakteriziden Immunkörper im Blutserum nach der Typhusschutzimpfung. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 1—4. S. 192.

Michaelis, L., Über kombinierte Eiweiß-Säureagglutination, insbesondere zur Unterscheidung von Koli- und Ruhrbazillen. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1506.

Neuschlosz, L., Über die künstliche Ausschwemmung der Malariaparasiten ins Blut. Münchn. med. Woch. 1918. H. 4. S. 98.

Neustadtl, R., Ein Beitrag zur Beweglichkeitsprüfung der koliähnlichen Bakterien. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 46. S. 1507.

Nicholls, L., The chemical affinities of vibrio cholerae. Lancet Nr. 4911.

Oppler, B., Zum Nachweis der Abwehrfermente im Blutserum. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1596.

Pochon, G., L'emploi d'un vaccin polyvalent dans les infections et principalement dans les plaies de guerre. Presse méd. Nr. 65. S. 668.

Popper, H., Über den Erreger der galizischen Ruhr. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1413.

Roček, J., Immunisationseffekt der kleinen Typhusimpfstoffgaben bei den Wiederimpfungen. Arch. f. Hyg. Bd. 87. H. 1—4. S. 180.

Rolleston, H. D., Serum disease after intrathecal injections of serum. Lancet Nr. 4918.

Ronchèse, A. D., Réaction de *Wassermann* (procédé au sérum non chauffé). Presse méd. Nr. 70. S. 712.

Sachs, H., Zur serodiagnostischen Bedeutung der Globulinveränderungen (insbesondere bei Syphilis). Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1462.

Schmitz, K. E. F., Über einen bisher noch nicht bekannten Krankheitserreger aus der Dysenteriegruppe. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1571.

Shearer, C., On the action of spinal fluid in stimulating the growth of the meningococcus. Lancet Nr. 4915.

Silberstein, F., Gasbrandtoxine und Antitoxine. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1642.

Taege, K., Quantitativer Wassermann. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1523.

Uhlenhuth, P., Zur Kultur der „Spirochaete icterogenes". D. med. Woch. Nr. 50. S. 1553.

Vernes, A., Qu'est la séro-réaction de la syphilis? Presse méd. Nr. 69. S. 704.

Weil, E., und A. Felix, Merkblatt zur serologischen Fleckfieberdiagnose nach *Weil-Felix*. Münchn. med. Woch. 1918. H. 1. S. 17.

Weil, E., und A. Felix, Weitere Untersuchungen über das Wesen der Fleckfieberagglutination. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1509.

Wolf, C. G. L., and J. E. G. Harris, The conditions of growths of bacillus Wellchii in the presence of oxygen. Lancet Nr. 4917.

Wolff, G., Zur Ätiologie der Weil-Felixschen Reaktion. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1507.

Zeißler, J., Über die Reinzüchtung pathogener Anaërobier. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1507.

5. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Anders, Über pathologisch-anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bei Gasödem. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1600.

Aufrecht, Die hyalin-vaskuläre Nephritis (arteriosklerotische Schrumpfniere) und die Arteriosklerose. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 453.

Becher, E., Über die Bewertung des Wasser- und Konzentrationsversuches im ödemfreien Stadium der Nephritis. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 162.

Beck, Über Quinckesches Ödem. Münchn. med. Woch. 1918. H. 1. S. 20.

Berg, J., Studien über die Funktion der Gallenblase unter normalen und gewissen abnormen Zuständen. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 9. S. 1. 1918.

Bergstrand, H., Beitrag zur Pathologie der primären Endokardtumoren. Virchows Arch. Bd. 224. H. 3. S. 225.

Bland-Sutton, J., The *Bradshaw* lecture on misplaced and missing organs. Brit. med. Journ. Nr. 2967.

Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. D. med. Woch. 1917. Nr. 46. S. 1441; Nr. 47. S. 1465; Nr. 48. S. 1497; Nr. 51. S. 1577; 1918. Nr. 1. S. 1.

Bonert-Rollet, Lipodystrophia progressiva. Monatsh. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 4. S. 230.

Braun, L., Über Trommelschlägelfinger. Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 3; Nr. 2. S. 37.

Brütt, H., und O. Schumm, Über Hämatinämie und Hämatinurie bei Eklampsie und über den Harnstoffgehalt des Liquors Eklamptischer. Zeitschr. f. Geb. Bd. 80. Nr. 1. S. 145.

Chajes, B., Zur Kenntnis der Schistosomiasis (Bilharziosis). D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 65.

Chvostek, F., Pankreas — Anämie — Hämochromatose. Wien. klin. Woch. 1918. H. 5. S. 121.

Clairmont, P., Der anatomische Befund bei der „gutartigen Pylorusstenose". Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 1. S. 1.

Conradi, C. E., Die Rachitis. Hyg 6. Jahrg. Nr. 11. S. 172.

Cooper, P. R., A case of ectopia viscerum. Brit. med. Journ. Nr. 2969.

Cumstom, Ch. Greene, Epitheliomatous neoplasms of the dorsal aspect of the hand. Lancet Nr. 4916.

Deelman, H. T., Over borstklierkanker en huwelijk. Beschouwingen aan de hand van een Amsterdamsche statistiek. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 2187.

Devé, F., Echinococcose osseuse expérimentale. Arch. de Méd. expér. et d'Anat. path. Bd. 27. H. 4. S. 357.

Dresel, K., Inwiefern gelten die Mendelschen Vererbungsgesetze in der menschlichen Pathologie? Virchows Arch. Bd. 224. H. 3. S. 256.

v. Ehrenwall und H. Gerhartz, Quinckesches Ödem. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1643.

Eichhorst, H., Über Veränderungen in der Hypophysis cerebri bei Kretinismus und Myxödem. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 3 u. 4. S. 207.

Elias, H., Ein Fall von Fissura sternalis congenita completa simplex. Wien. klin. Woch. 1918. H. 4. S. 99.

Eutz, B. v., Leberegelkrankheit des Menschen mit biliärer Zirrhose. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 28. Nr. 20. S. 497.

Falta, W., Über das Kriegsödem. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1637.

Feigenbaum, D., Ein Beitrag zur Kenntnis der Rückenmarksblutungen beim Skorbut. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1455.

Fleischer, B., Über myotonische Dystrophie. Württemb. Korr.-Bl. 1918. Nr. 6. S. 45.

Forschbach, J., und H. Schäffer, Untersuchungen über die Kohlehydratverwertung des normalen und diabetischen Muskels. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. H. 5 u. 6. S. 344. 1918.

Grégoire, R., et A. Courcoux, Les lésions histologiques des plaies pulmonaires. Presse méd. Nr. 66. S. 673.

Haan, J. de, Über die die Phagozytose befördernde bzw. vermindernde Wirkung von Substanzen. D. med. Woch. 1918. H. 5. S. 130.

Hallenberger, Bemerkungen zu der Arbeit *Pauls:* Entwicklungsgang der Pockenepitheliose auf der geimpften Kaninchenhornhaut. D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 73.

Hallenberger, Pocken und Pockenerreger. Umschau Nr. 50. S. 873.

Hart, C., Über die Beziehungen zwischen endokrinem System und Konstitution. Berl. klin. Woch. Nr. 45. S. 1077.

Hart, C., Über die Beziehungen des Ikterus infectiosus (Weilsche Krankheit) zur akuten gelben Leberatrophie und zur Leberzirrhose. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1598.

Healy, J. J., Absence of the right pinna and right tonsil, with right facial paralysis. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Hertwig, O., Dokumente zur Geschichte der Zeugungslehre. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 90. H. 3. S. 1.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Serologische Untersuchungen zur Frage der Krebsdisposition. D. med. Woch. 1918. H. 5. S. 118.

His, W., Beobachtungen über Trichinose. Med. Klin. Nr. 50. S. 1307.

Hülse, W., Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ursachen der Ödemkrankheit. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 1. S. 7.

Jankovich, L., In die Arteria pulmonalis perforierende Aorten-Aneurysmen. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 3. S. 73.

Kabelik, J., Einige Bemerkungen zur Pathogenese und Pathologie der Malaria. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1616.

Kaminer, G., und O. Morgenstern, Über Beziehungen zwischen Thymus und Karzinom. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 5 u. 6. S. 281.

Kirch, E., Über stenosierende Bronchialgeschwülste mit konsekutiver Bronchiektasenbildung. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 28. Nr. 22. S. 545.

Kreibich, C., Über die Natur der Blutzellengranula. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1511.

Kritzler, Bild eines Falles von Gangosa. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1918. Nr. 1. S. 6.

Lichtwitz, L., Über Begriffsbildungen in der Nierenpathologie. Berl. klin. Woch. Nr. 52. S. 1233.

Liek, E., Zur Kenntnis der Darmaktinomykose. Med. Klin. 1918. Nr. 2. S. 39.

Lippmann, H., und A. Brückner, Experimentelle Untersuchungen über die lokale Entstehung lymphozytenähnlicher Zellen am Kaninchenauge. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 321.

Löhlein, M., Zur pathologischen Anatomie der Ruhr. Med. Klin. 1918. Nr. 3. S. 59.

Loewenthal, N., Nouvelles observations sur l'éosinophilie des ganglions lymphatiques à la suite de la résection du nerf sciatique. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 12. S. 740.

Lubarsch, O., Zur Klärung des Krankheits- und Entzündungsbegriffs. Berl. klin. Woch. Nr. 47. S. 1125.

Lubarsch, O., Über Aufgaben und Ziele der pathologischen Forschung und Lehre. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1377.

Maliwa, E., Bemerkungen zur „Ödemkrankheit". Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1477.

Mieremet, C. W. G., Over den dood veroorzaakt door electriciteit, en de histopathologie van een daardoor verwekte eigenaardige huidverbranding. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1951.

Moench, L. G., Zur Pathologie des Karzinoms. Zeitschr. f. Geb. Bd. 80. H. 1. S. 1.

Moro, E., Habituelle Hyperthermie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 4. S. 214.

Mott, F. W., The microscopic examination of the brains of two men dead of commotion cerebri (shell shock) without visible external injury. Brit. med. Journ. Nr. 2967.

Müller, H., Ein Todesfall unter choleriformen Erscheinungen mit einem seltenen histologischen Befunde. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1563.

Neumann, W., Beitrag zur Kenntnis der Osteochondritis dissecans. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 230. 1918.

Nowicki, W., Pathologisch-anatomische Veränderungen bei schweren Paratyphus B-Fällen. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1582; Nr. 52. S. 1613.

Olivecrona, H., Eine vereinfachte Methode zur Darstellung der Markscheiden an Gefrierschnitten. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 28. S. 521.

Oppenheim, M., Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1519.

Pallin, G., Uretermündungsanomalien, embryologische Voraussetzungen und klinische Bedeutung. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 2. Nr. 3. S. 1. 1918.

Pándy, K., Die Leukoplakie des Mundes als Zeichen überstandener Lues. Neur. Zentralbl. 1918. H. 2. S. 66.

Pappenheim, A., Die Zellen des normalen und pathologischen Blutes. Folia haem. Bd. 22. H. 1. S. 3.

Paul, G., Entwicklungsgang der Pockenepitheliose auf der geimpften Kaninchenhornhaut. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1415.

Philipp, W., Submuköses Hämatom der Uvula. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1394.

Porzelt, W., Ein Aneurysma arteriovenosum duplex. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1476.

Rehder, H., Über die Doehleschen Leukozyteneinschlüsse. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 3 u. 4. S. 240.

Reinhardt, A., Über Venenveränderungen und Blutungen im Unterhautfettgewebe bei Fleckfieber. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 28. Nr. 23. S. 593.

Reinhart, A., Über Kombination von Krebs und Kropf mit Tuberkulose. Virchows Arch. Bd. 224. H. 3. S. 236.

Reynolds, E. S., The *Bradshaw* lecture on the causes of disease. Lancet Nr. 4915.

Ribbert, H., Die Konstitution der Menschheit. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1609.

Rößle R., Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. 1918. Nr. 1. S. 1.

Roux, S., Contribution à l'étude de la méningocéle sacrée antérieure. Revue de Méd. 1918. Nr. 1. S. 47.

Schiff, A., Zur Pathologie der Ödemkrankheit. Wien. med. Woch. Nr. 48. S. 2133.

Schill, E., Leberabszeß, eine Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraume vortäuschend. Med. Klin. 1918. Nr. 3. S. 64.

Schlayer, Über die Nephrose. Med. Klin. 1918. Nr. 3. S. 53.

Schönberg, S., Die Beziehungen der Tuberkulose zu Schrumpfungsprozessen in Leber und Nieren. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 50. S. 1726.

Siegmund, H., Untersuchungen über den Einfluß der Milzexstirpation auf den Fettgehalt des Blutes. Virchows Arch. Bd. 224. H. 3. S. 303.

Stapelmohr, S. v., Über eine Form von Scheingeschwülsten im Magen. D. med. Woch. 1918. H. 5. S. 127.

Stapelmohr, S. v., Über primäre Sarkome im Omentum majus. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 2. Nr. 7. S. 1. 1918.

Ström, S., Zwei Fälle von röntgenologisch diagnostizierten intrakranialen Neubildungen. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 2. Nr. 6. S. 1. 1918.

Szöllösy, L. v., Epithelmetaplasie in einem Fall von Lungentuberkulose. Virchows Arch. Bd. 224. H. 3. S. 312.

Tausig und Jurinac, Über einen Fall von Milzruptur bei Febris recurrens. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1651.

Theilhaber, A., Die Beeinflussung des Wachstums der Geschwülste durch Veränderung ihrer Blutmenge. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1518.

Urizio, L., Vorläufige Mitteilung über Sektionsbefunde bei Icterus epidemicus. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1447.

Volk, B., und G. Stiefler, Schädigung der peripheren Nerven durch Erfrierung. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1520.

Vries, W. M. de, Ongewoon sterke ontwikkeling van den uterus masculinus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 202.

Witt, J., Ein Beitrag zur Entstehung parostaler Kallusbildung. Med. Klin. 1918. Nr. 4. S. 88.

Zilz, J., Die „Ödemkrankheit" und ihre besonderen Erscheinungen im Bereiche des Gesichtes und der Mundhöhle. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jahrg. 33. H. 4. S. 441.

6. Pharmakologie und Toxikologie.

1. *Allgemeine Pharmakologie. Pharmazie.*

Berczeller, L., und St. Hetényi, Über die Beeinflussung der Adsorption einiger Substanzen durch Alkohole. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 3 u. 4. S. 137.

Berczeller, L., und M. Seiner, Über die Oberflächenspannung von Alkaloidlösungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 84. H. 1 u. 2. S. 80.

Bigler, W., Über eine neue Methode dynamischer Prüfung von Wehenmitteln. Zeitschr. f. Geb. Bd. 80. Nr. 1. S. 85.

Blanchetière, A., Action du bacille fluorescent liquéfient de *Flügge* sur l'asparagine en milieu chimiquement défini. Vitesse et limite de l'attaque. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. H. 6. S. 291.

Dakin, H. D., and E. K. Dunham, The relative germicidal efficiency of antiseptics of the chlorine group and acriflavine and other dyes. With observations of the rational testing of antiseptics. Brit. med. Journ. Nr. 2968.

Dichgans, H., Merkbuch über Zusammensetzung und Gebrauch der wichtigsten Arzneistoffe. Bearbeitet für die in der Krankenpflege tätigen Personen. Elberfeld. Ernst Brachat. 34 S. 1 Mk.

Dobbertin, R., Über Haltbarkeit der Dakinschen Hypochloritlösung. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 78.

Dreser, H., Zum Argentum colloidale des Arzneibuchs. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 285.

Isenschmid, R., Die Beeinflussung der Körpertemperatur durch Arzneimittel. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 48. S. 1610.

Klapp, R., Die verstärkte Prophylaxe bei Kriegsverletzungen durch Tiefenantisepsis mit Morgenrothschen Chininderivaten. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1380.

Kobert, R., Neue Beiträge zur Kenntnis der Saponinsubstanzen. II. Stuttgart. Ferd. Enke. 154 S. 7 Mk.

Legendre, R., La question du pain. Le pain français. Presse méd. Nr. 57. S. 589.

Lütty, A., Verändert die längere Zufuhr von Antipyretizis die Erregbarkeit des Temperaturzentrums? Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 43. S. 1425.

Luzoir, Méthodes américaines d'anesthésie. La méthode de l'anoci-association de Crile. Presse méd. Nr. 68. S. 695.

Luzoir, J., Méthodes américaines d'anesthésie. Anesthésie par injection intrarectale d'un mélange d'éther et d'huile. Presse méd. Nr. 62. S. 641.

Page, H. M., Ether oil anaesthesia by the rectum. With a note by *G. B. Mower White.* Lancet Nr. 4913.

Pappenheim, A., Einige Haupttatsachen und Gesetze der Farbchemie und der mikrochemisch-zytotinktoriellen Farbanalyse. Folia haem. Bd. 22. Nr. 1. S. 18.

Rapp, Keimfreimachung von Arzneistofflösungen. Angabe des Verfahrens, der Zeitdauer und der Haltbarkeit. Leipzig. F. Leineweber. 13 S. 1 Mk.

Reutter de Rosemont, L., Traité de chimie médico-pharmaceutique et toxicologique avec commentaires du Codex et éléments therapeutiques et physiologiques des principaux médicaments. O. Doin et fils, éd., Paris. 1 vol. in-8°. 834 S. 14 frs.

Saxl, P., Die oligodynamische Wirkung der Metalle und Metallsalze. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1426.

Straßer, A., Über die Bereitungsweise von Medikamenten. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1521.

Wischo, F., und F. Freiberger, Über die Haltbarkeit der Dakinschen Natriumhypochlorit-Lösung. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1528.

2. *Einzelne Arzneimittel.*

Almkvist, J., Beiträge zur Kenntnis der Ausscheidung des Quecksilbers, insbesondere durch den Magen-Darmkanal. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. H. 3 u. 4. S. 221.

Autenrieth, W., Die Bestimmung und Verteilung des Broms in Organen und im Blute nach Einnahme von Bromnatrium. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 33.

Bachem, C., Allotropin, ein neuer Urotropinersatz. Med. Klin. 1918. Nr. 2. S. 40.

Barger, D., H. H. Dale and F. M. Durham, „Collosol" cocaine. Lancet Nr. 4918.

Barry, D. T., Perfusion of the heart with nicotine. Lancet Nr. 4916.

Bieling, R., Über die Wirkung des Isoctylhydrokupreïn (Vuzin) auf die Gasbrandgifte. Berl. klin. Woch. Nr. 51. S. 1213.

Blumenthal, A., Über Pellidol und Azodolen und ihre Anwendung als Keratoplastika zur schnellen Epithelisierung von Wundflächen. Ther. d. Gegenw. Nr. 12. S. 423.

Borch, G. F. A. ten, Heradine. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 9. S. 526.

Bornemann, Über das Sarhysol. Med. Klin. Nr. 45. S. 1193.

Carver, A. E., Dosage in the therapeutic administration of thyroid gland substance. Brit. med. Journ. Nr. 2964.

Dunham, E. K., and H. D. Dakin, Note on the fate of halazone in the animal body and on the stability of tablets containing it. Brit. med. Journ. Nr. 2972.

Feldt, A., „Krysolgan", ein neues Goldpräparat gegen Tuberkulose. Berl. klin. Woch. Nr. 46. S. 1111.

Freund, E., Über Wechselbeziehungen zwischen Chinin und Harn in der Hämolyse. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 5. S. 131.

Fröhlich, A., und M. Großmann, Die Wirkung des Kampfers auf das Strophanthin-vergiftete Froschherz. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. H. 3 u. 4. S. 177.

Fühner, H., Untersuchungen über die periphere Wirkung des Physostigmins. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. H. 3 u. 4. S. 205.

Giemsa, G., und J. Halberkann, Über das Verhalten des Chinins im menschlichen Organismus. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. Nr. 20 u. 21. S. 333. — D. med. Woch. Nr. 48. S. 1501.

Glombitza, Laneps, eine synthetische, fettähnliche Salbengrundlage. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1427.

Glombitza, Spätexantheme nach Salvarsan-Natriuminjektionen. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1452.

Goodrich, H. P., La glycérine et les antiseptiques. Journ. de Pharm. et de Chem. Bd. 16. Nr. 6. S. 115.

Hartmann, H., und L. Zila, Über die sogenannte Chiningewöhnung. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1597.

Hatiegan, J., Untersuchungen über die Adrenalinwirkung auf die weißen Blutzellen. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1541.

Holste, A., Zur Strophanthinfrage. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 153.

Hoogenhuyze, C. J. C. van, en A. de Kleyn, Het toedienen van optochine bij pneumococcensepsis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 2116.

Hopmann, W. F., Über das Peptolysin, ein Erepsinpräparat. Ther. d. Gegenw. Nr. 11. S. 392.

Hülshoff Pol, D. J., X-Säure als Heilmittel gegen Polyneuritis gallinarum. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. Nr. 22. S. 365.

Impens, E., Über die Einwirkung der Substanzen der Digitalinreihe auf die Oxydasegranula des Säugetierherzens. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 205.

Januschke, H., Physikalisch-chemische Wirkungsbedingungen des Broms im Organismus und Schlußfolgerungen für die Therapie. Therap. Monatsh. Nr. 12. S. 466.

Jepps, M. W., and J. C. Meakins, Detection and treatment with emetine bismuth iodide of amoebic dysentery carriers among cases of irritable heart. Brit. med. Journ. Nr. 2968.

Kenéz, L., Morphium und Digitalistoleranz. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1547.

Kuhn, F., Das „Salusil" in der praktischen Medizin. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1641.

Loewi, O., Über den Zusammenhang zwischen Digitalis- und Kalziumwirkung. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. H. 3 u. 4. S. 131.

Löwy, M., Lumbalpunktion und andere kleine Eingriffe im Paraldehydhalbschlaf. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1582.

Matko, J., Über Wechselbeziehungen zwischen Chinin und Harn in der Hämolyse. Wien. klin. Woch. 1918. H. 3. S. 65; H. 5. S. 130.

Meltzer, Häufigkeit und Art der Chininexantheme. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 20.

Mendel, F., Bulbus scillae, ein zu Unrecht vernachlässigtes Herzmittel. Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 1. S. 16.

Mönch, G. L., Über eine Nebenwirkung der Tierkohle. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 132.

Neufeld, F., und L. Karlbaum, Vergleichende Desinfektionsversuche mit Fawestol, Betalysol und Kresotinkresol. D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 113.

Pohl, J., Die physiologischen Wirkungen des Hydroatophans. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 198.

Popper, E., Ein kurzer Beitrag zur Frage der Lumbalpunktion im Paraldehydschlaf. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1583.

Rey, M. v., Einige Bemerkungen zur Arsentherapie. Therap. Monatsh. Nr. 11. S. 452.

Rothschild, M. F., Über die Erfahrungen mit dem Narkotikum „Eukodal". Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1642.

Rotter, L., Zur Kenntnis des Atophans und einiger Atophanderivate. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 176.

Sachs, Th., Über eine gleichmäßige, stets gebrauchsfertige Salizyl-Quecksilberemulsion (Hg-Olinal). Berl. klin. Woch. Nr. 51. S. 1221.

Schaeffer, H., Die Desinfektionswirkung der Chininderivate gegenüber Diphtheriebazillen. Biochem. Zeitschr. Bd. 83. H. 5 u. 6. S. 269.

Schellenberg, G., Nirvanol, ein neues Schlafmittel. D. med. Woch. 1918. Nr. 4. S. 101.

Schmerz, H., und F. Wischo, Untersuchungen über die blutgerinnungsbefördernde Wirkung der Gelatine, bzw. der Kalziumsalze. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 90. 1918.

Seyderhelm, R., Über die Eigenschaften und Wirkungen des Östrins und seine Beziehung zur perniziösen Anämie der Pferde. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. H. 5 u. 6. S. 253. 1918.

Short, A. Rendle, J. S. Arkle and C. King, Report on wound treatment by brilliant green paste. Brit. med. Journ. Nr. 2964.

Sigerist, H. E., Über die Einwirkung chronischer Kampferzufuhr auf das Herz. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 51. S. 1748.

Straub, W., Die Mengen der digitalisartig wirkenden Substanzen im Oleanderblatt und die Art ihres natürlichen Vorkommens (Tannoidfrage). Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. H. 5 u. 6. S. 327. 1918.

Stühmer, A., Arsalyt. D. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 10.

Voigt, J., Über die therapeutische Verwendbarkeit des kolloiden Jodsilbers in der Form intravenöser Injektionen. Therap. Monatsh. Nr. 11. S. 443.

Zuelzer, G., Über Neohormonal. Ther. d. Gegenw. Nr. 11. S. 384.

3. *Toxikologie.*

Dorendorf, Über Botulismus. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1531; Nr. 50. S. 1554.

Lewin, L., Eine Vergiftung durch Phosphorwasserstoff bei dem Schweißen mit Azetylengas. Med. Klin. Nr. 52. S. 1353.

Lissauer, M., Zur Frage des Salvarsantodes. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1471.

Meyenburg, H. v., Zur Kenntnis der Quellen für Kohlenoxydvergiftung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 51. S. 1761.

Os, W. H. A. van, Een geval van morphine-vergiftiging. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. I. S. 23.

Pinard, M., Gaz toxiques, urticaire et tuberculose. Presse méd. Nr. 65. S. 668.

Stepp, Über Zinkvergiftung. Med. Klin. Nr. 48. S. 1272.

Süfle, K., Nahrungsmittelvergiftungen auf bakterieller Grundlage. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 10. S. 3.

Walther, Zur Kasuistik der Sublimatintoxikation in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 24. S. 659.

7. Physikalische Therapie.

1. *Bäder und Kurorte, Klimatologie, Heliotherapie.*

Fischer, H., Gibt es ozonreiche Waldluft? Kosmos 1918. Nr. 1. S. 19.

His, W., Bäder- und Klimabehandlung der Erkrankungen der Harnorgane. Wien. med. Woch. Nr. 50. S. 2217.

Scheminzký, F., Die Emanation des Wassers. Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 1 u. 2. S. 6.

Schuchter, F., Neue Anwendungsweise des Halleiner Mutterlaugensalzes bei nach Schußverletzungen erfolgten Gelenksveränderungen. Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 1 u. 2. S. 5.

Selden, H. F., Heliotherapie. Umschau Nr. 51. S. 883.

2. *Hydrotherapie, Massage, diätetische Kuren.*

Behm, K., Käse und Fleisch bei Durchfällen. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1483.

Borosini, A. v., Das Fletschern und die Magenfrage. 2. Aufl. Dresden. Holze & Pahl. 83 S. Brosch. 2 Mk., geb. 2 Mk. 85 Pf.

Feilchenfeld, L., Die diuretische Wirkung der Kriegskost. Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 13.

Wossidlo, E., Zur eiweißarmen Diät bei akuter Nierenentzündung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 1. S. 9. 1918.

3. *Elektrotherapie, Thermotherapie.*

4. *Strahlenlehre.*

Benedikt, M., Emanationsstudien an Kranken und Röntgenaufnahmen. Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 1 u. 2. S. 1.

Buttersack, Fernwirkungen absorbierten Lichtes. Berl. klin. Woch. Nr. 53. S. 1259.

Christen, Th., Ersatz für Sonnenlicht. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1558.

Lobenhoffer, Die Heliotherapie in der Ebene. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 46. S. 1501.

Löhmann, Künstliche Höhensonne. Hyg 6. Jahrg. Nr. 11. S. 168.

Ludewig, P., Über die weitreichende Bedeutung der Röntgenstrahlen. Kosmos 1918. H. 1. S. 14.

Penso, E., Over röntgenbehandeling ter besparing van genees- en verbandmiddelen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 26. S. 2235.

Steiger, M., Die Anwendungsgebiete der Röntgentherapie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 46. S. 1554.

Weil, P. E., et Loiseleur. La production de pneumo-séreuse; méthode générale d'exploration radiologique dans les épanchements des séreuses. Presse méd. Nr. 67. S. 683.

8. Innere Medizin.

1. *Allgemeines. Allgemeine Diagnostik und Therapie.*

Arneth, Beobachtungen bei den jetzt vorkommenden Erkrankungen an periodischem Fieber. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 3 u. 4. S. 297.

Aufrecht, Über Erkältung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 21. S. 574.

Bayer, H., Zur Frage der Vibroinhalation. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1491.

Boesl, Eine Erleichterung bei der Korotkoffschen Blutdruckmessung. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1644.

Boruttau, H., und E. Stadelmann, Leitfaden der klinischen Elektrokardiographie. Leipzig. Georg Thieme. 42 S. mit 24 Abb. 2 Mk.

Brandenburg, K., Über den Gleichstromwiderstand des Menschen und seine Änderung bei Krankheiten. Med. Klin. Nr. 48. S. 1263.

Busquet, H., La tachyphylaxie et son rôle en thérapeutique. Presse méd. Nr. 59. S. 605.

Buttersack, P., Die Suggestion und ihre Verwendung als Heilfaktor. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 47. S. 503; Nr. 48. S. 513.

v. Cammerloher, Charakteristische Krankheitsbilder. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 21. S. 578.

Cunha, D. J. da, Beiträge zur Beurteilung der Resultate der Sahlischen Volumbolometrie nach Untersuchungen bei Gesunden. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 46. S. 1537.

Dziembowski, L. v., Weitere Erfahrungen über den therapeutischen Wert der parenteralen Milchzufuhr. Med. Klin. Nr. 49. S. 1294.

Erben, S., Über vasomotorische Störungen. Wien. klin. Woch. 1918. H. 2. S. 33.

Fessler, Wiederbelebung durch künstliche Atmung. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1537.

Finkelnburg, R., Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken. 2. Auflage. Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 726 S. mit 1 Taf. Brosch. 15 Mk. 50 Pf., geb. 17 Mk. 50 Pf.

Fränkel, S., B. Bienenfeld und E. Fürer, Kritik obiger Bemerkungen von Prof. *Georg Joannovics*. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1585.

Gordon, W., Cardiac digital percussion. Lancet Nr. 4912.

Haberer, H. v., Zur klinischen Bedeutung der Thymusdrüse. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 2. S. 193.

Hirsch, A., und E. Moro, Untersuchungen über alimentäres Fieber. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 5. S. 341.

Holitsch, R., Röntgenbefunde bei tuberkulinnegativen Erwachsenen. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 1. S. 15.

Joannovics, G., Kritik der: „Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen". Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1584.

Johansson, S., Kasuistische Mitteilungen. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 2. Nr. 4. S. 1. 1918.

Kaulen, Über den Einfluß des Fliegens auf das Blutbild bei Menschen, Kaninchen und Mäusen. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1562.

Kaznelson, P., Die Proteinkörpertherapie. Therap. Monatsh. Nr. 11. S. 437.

Kollarits, J., Ermüdung und Erregung als Hilfsbedingungen in der Ätiologie. Med. Klin. Nr. 51. S. 1343.

Kupferberg, Über die Behandlung der Strahlenpilzerkrankung des Bauches. Berl. klin. Woch. Nr. 51. S. 1220.

Leo, H., Fortschritte der Heilkunde und Seuchenbekämpfung. Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 26 S. 1 Mk. 20 Pf.

Lorenz, W., Erfahrungen mit dem Vibroinhalationsapparat. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1492.

Mester, E., Über asthenische Reaktionen. Wien. klin. Woch. 1918. H. 5. S. 132.

Ohm, R., Über die praktische Verwertung der Registrierung des Herzschalls. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 299.

Pfister, K., Einige seltenere Fälle aus der Praxis. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1661.

Rothfeld, J., Die Dorsalflexion der großen Zehe als Reaktion auf schmerzhafte Reize. Münchn. med. Woch. 1918. H. 1. S. 21.

Sakheim, J., Über den auskultatorischen Lungenbefund bei Anwendung einer bestimmten Art des Atmens. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1539.

Schilling, Cl., Periodische Fieber. D. med. Woch. 1918. H. 2. S. 33.

Schnirer, M. T., Taschenbuch der Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an den Berliner, Wiener und an deutschen Kliniken. 14. Ausgabe. Würzburg 1918. Curt Kabitzsch. 488 S. Geb. 3 Mk. 60 Pf.

Schnirer, M. T., Medizinal-Index und therapeutisches Vademekum. Wien 1918. Franz Deuticke. 566 S. 4,15 Kr.

Schwalbe, J., Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen. Ein Lehrbuch für die Praxis. 1. Bd. Leipzig. Georg Thieme. 458 S. mit 26 Abb. Brosch. 12 Mk., geb. 13 Mk. 20 Pf.

Teleky, L., Erwiderungen auf die Ausführungen Dr. *H. Bayers* und Dr. *W. Lorenz*. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1493.

Volkmann, J., Zur intrakardialen Injektion bei Kollapszuständen. Med. Klin. Nr. 52. S. 1357.

Weiß, R., Die schnellsten und einfachsten qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden des Harns, Blutes und Magensaftes für den praktischen Arzt und Apotheker. Berlin 1918. Fischers med. Buchh. H. Kornfeld. 81 S. mit 22 Abb. im Text. 3 Mk.

Weiß, E., Beobachtung der Hautkapillaren und ihre klinische Bedeutung. Württemb. Korr.-Bl. 1918. H. 4. S. 27; H. 5. S. 37. — Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 2. S. 41.

2. *Infektionskrankheiten (exkl. Tuberkulose).*

Arzt, L., Über Versuche einer Salvarsantherapie der menschlichen Wut. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1516.

Baisch, Über chronischen Tetanus. Münchn. med. Woch. 1918. H. 5. S. 127.

Beyer, J., Erfahrungen über Ruhr und Ruhrserum. D. med. Woch. 1918. H. 4. S. 98.

Brill, H., Ruhrbehandlung mit Argentum nitricum. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1643.

Buchbinder, W., Einige Beobachtungen über das Wolhynische Fieber. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1618.

Bijl, J. P., Meningitis en meningitis cerebrospinalis epidemica. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 2110.

Enderle, W., Das Wolhynische Fieber (His-Wernersche Krankheit). Med. Klin. Nr. 47. S. 1246.

Falconer, A. W., and A. G. Anderson, Tartar emetic in treatment of malaria. Lancet Nr. 4916.

Fickler, A., Ruhrschutzimpfungen mit dem Impfstoff von *Ditthorn* und *Loewenthal*. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1600.

Fildes, P., and S. L. Baker, The relation of the case of cerebrospinal fever to the positive contacts. Lancet Nr. 4912.

Fischer, J., Herzstörungen bei Wolhynischem Fieber. Münchn. med. Woch. 1918. H. 3. S. 73.

Forschbach, J., Die spezifische Therapie der Malaria. Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 1. S. 8.

Freund, E., Über eine eigentümliche im Hinterland beobachtete Epidemie mit klinischen Beziehungen zu Paratyphus und Fünftagefieber. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1422.

Friedberger, E., Zur Arbeit von *E. Weil:* „Cholerastatistik und Choleraerfahrungen". Wien. med. Woch. Nr. 51. S. 2267.

Gioseffi, M., Perforationsperitonitis bei Typhus abdominalis. Operation. Heilung. D. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 9.

Gudzent, Beiträge zur Kenntnis der Weilschen Krankheit. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 3 u. 4. S. 273.

Gußmann, A., Über die in den württembergischen Heimatlazaretten beobachteten Tetanusfälle seit Kriegsbeginn bis zum 30. April 1916. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 3. S. 326.

Gutmann, S., Über das Fünftagefieber. Med. Klin. Nr. 44. S. 1167.

Gyr, E., Weitere Erfahrungen zur Schutzimpfung gegen Windpocken. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. H. 5. S. 310.

Haller, G., Les formes cloisonnées et les localisations ventriculaires de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. Thèse Paris. Baillière, édit. 119 S.

Hamburger, W., Serumprophylaxis en -therapie van tetanus. Geneesk. Bladen Bd. 19. H. 12. S. 439.

Heidenheim, Die Serumbehandlung bei Icterus infectiosus. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1575.

Herderschée, D., Hart en bloedvaten bij infectiesiekten. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 9. S. 535.

Hesse, W., Über Spättetanus, chronischen Tetanus und Tetanusrezidiv. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 3 u. 4. S. 284.

Huët, G. J., Afwijkingen in den normalen besmettingsgang bij mazelen. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 8. S. 469.

Istel, F., Die lokale Behandlung der Diphtherie mit Antistaphin. Münchn. med. Woch. 1918. H. 5. S. 131.

Jacobitz, E., Beobachtungen über Fleckfieber und über die Weil-Felixsche Reaktion. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1576.

Jungmann, P., und M. H. Kuczynski, Zur Ätiologie und Pathogenese des Wolhynischen Fiebers und des Fleckfiebers. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 3 u. 4. S. 251.

Kabelik, J., Über Rekonvaleszentenbluttransfusion bei Typhus exanthematicus. Wien. klin. Woch. 1918. H. 1. S. 47.

Kayser, C., Zur Pathologie und Therapie des Fünftagefiebers. Berl. klin. Woch. Nr. 46. S. 1107.

Kaznelson, P., Zur Pathogenese des hämorrhagischen Typhus. D. med. Woch. 1918. H. 5. S. 114.

Kißkalt, K., Über Malariarezidive. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1527.

Klaholt, Zur Paulschen Pockendiagnose. Zeitschr. f. Med.-Beamte 1918. Nr. 1. S. 10.

Kling, C., und G. Widfelt, Om serumbehandling vid skarlakansfeber. Hygiea Bd. 80. H. 1. S. 2. 1918.

Koch, J., Die Beziehungen des Rückfallfiebers zur Febris quintana s. Wolhynica. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1412.

Korteweg, R., Over de behandeling der meningitis cerebrospinalis epidemica. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 10. S. 608.

Krauß, H., Die Ruhr. Hyg 6. Jahrg. Nr. 11. S. 165.

Kühn, Über Nachkrankheiten von Rekurrens und rekurrensähnlichen Krankheiten. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 22. S. 609.

Lehvtay, K., Zur Diagnose und Behandlung der Malaria tropica. D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 62.

Leiner, E., Zur Klinik und Therapie der Malaria. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1415.

Lepehne, G., Pathologisch-Anatomisches zum Paratyphus abdominalis mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Nephroparatyphus B. Med. Klin. Nr. 50. S. 1318.

Lipschütz, B., Zur Ätiologie der Paravakzine. Wien. klin. Woch. 1918. H. 4. S. 93.

Löwy, R., Zur Klinik und Therapie des Rückfallfiebers. Med. Klin. 1918. Nr. 3. S. 62.

Mann, R., Spättetanus, Prophylaxis und Anaphylaxie. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1420.

Martini, E., Mischinfektion mit Rückfall- und Fleckfieber. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. H. 23 u. 24. S. 398.

Mayerhofer, E., und A. v. Reuß, Epidemiologische und klinische Beiträge aus der abgelaufenen Ruhrepidemie des Sommers 1917 in Baden-Leesdorf. Med. Klin. 1918. Nr. 4. S. 79.

Meyer, H., Zur Frage der latenten Malaria. Med. Klin. Nr. 46. S. 1218.

Miller, J. W., Über die Weilsche Kranhkeit und die Eintrittspforte ihres Erregers. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1572.

Müller, L. R., Über die Behandlung des Wechselfiebers. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 121.

Munk, F., Kriegserfahrungen bei Malaria. Berl. klin. Woch. Nr. 47. S. 1131; Nr. 48. S. 1152.

Netter, L., Résistance globulaire et paludisme. Presse méd. Nr. 67. S. 687.

Nowicki, W., Ruhrfälle mit dem Nachweis des Erregers außerhalb des Darmtraktus. Berl. klin. Woch. Nr. 52. S. 1237.

Oehnell, H., Klinische und bakteriologische Studien bei einer nosokomialen Dysenterieepidemie in Stockholm 1916. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 49. S. 787.

Pecker, H., Les urines chyleuses dans la filariose. Journ. de Pharm. et de Chim. Bd. 16. H. 5. S. 139.

Perls, W., Zur Frühdiagnose des Fleckfiebers. Ther. d. Gegenw. Nr. 11. S. 395.

Prins, G. A., Zur Klinik der Malaria. D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 132.

Prinzing, F., Bemerkungen über Komplikationen und Nachkrankheiten des Scharlachs bei Serotherapie. Therap. Monatsh. 1918. H. 1. S. 16.

Popper, H., Über Fleckfieber ohne Exanthem. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1384.

Rogers, L., The mortality from postcholeraic uraemia, a 70 per cent reduction through intravenous injections of sodium bicarbonate. Lancet Nr. 4916.

Rothacker, A., Nachprüfung der von *Wiener* angegebenen Fleckfieberreaktion. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1607.

Schiff, E., Über das Verhalten der Hämoglobinkurve beim Scharlach. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. H. 5. S. 273.

Schilling, Cl., Malaria; Selbstbeobachtung. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1415.

Schittenhelm, A., und H. Schlecht, Über eine grippeartige Infektionskrankheit. Münchn. med. Woch. 1918. H. 3. S. 61.

Schmitt, W., Zur Klinik des chronischen Tetanus. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 76. 1918.

Strauß, H., Zur Behandlung von Folgezuständen der Ruhr. Ther. d. Gegenw. Nr. 12. S. 409.

Stühmer, A., Periodisches Fieber. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1554.

Schultz, W., Über Serotherapie des Scharlachs. Therap. Monatsh. 1918. H. 1. S. 12.

Stutzin, J. J., Zur Frage des Spättetanus mit besonderer Berücksichtigung der erhöhten Infektionsempfänglichkeit des „geschädigten Substrats". Med. Klin. Nr. 48. S. 1268.

Symmers, Wm. St. Clair, A case of fulminant cerebrospinal fever without meningitis. Brit. med. Journ. Nr. 2972.

v. Szily und A. Vertes, Zur Chemotherapie der Ruhr. Wien. klin. Woch. 1918. H. 4. S. 95.

Turnheim, D., Über die Rotlaufbehandlung durch Milchinjektionen. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1621.

Umber, Krankheitsbild und Behandlung der Ruhr im Heimatgebiet. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1521.

Urizio, L., Skorbut und nichtspirochätogener Icterus epidemicus. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1449.

Webb-Johnson, A. E., Hunterian lecture on the surgical complications of typhoid and paratyphoid fevers. Lancet Nr. 4918.

Weltmann, O., Über Ruhr. D. med. Woch. 1918. H. 1. S. 10.

Willoughby, W. M., Outbreaks of plaque on S. S. *Sardinia* and *Matiana*. Lancet Nr. 4919.

Wolf, W., Wolhynisches Fieber. Wien. klin. Rundschau Nr. 45 u. 46. S. 262.

Worster-Drought, C., and A. Mills Kennedy, Cerebrospinal fever: the mode of invasion by the meningococcus. Lancet Nr. 4915.

Zlocisti, Th., Die Weil-Felix-Fleckfieberreaktion und ihre klinische Bedeutung. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 3 u. 4. S. 197.

Zuelzer, G., Klinisches über Malaria. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1502.

3. *Tuberkulose.*

Burnand, R., Effets anatomiques de la compression par le pneumothorax sur le poumon tuberculeux. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 12. S. 729.

Friesicke, G., Diagnostische Erfahrungen an Tuberkuloseverdächtigen. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 46. S. 1502.

Gauvain, H. J., A comparative study of the reaction to human and bovine tuberculin applied by the method of *von Pirquet* in cases of tuberculous disease of the bones and points. Lancet Nr. 4910.

Goldscheider, Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose. D. med. Woch. 1918. H. 4. S. 89.

Grau, H., Zur Theorie der Wirkung der ultravioletten Strahlen bei Tuberkulose. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1555.

Gyenes, E., und R. Weißmann, Über die Häufigkeit der (inaktiven) Tuberkulose. Wien. klin. Woch. 1918. H. 3. S. 74.

Hart, C., Über die Beziehungen der Bronchitis mucinosa plastica bzw. essentiellen Bronchitis fibrinosa zur tuberkulösen Lungenphthise. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 5. S. 305.

Hartung, E., Leber und Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 5. S. 327.

Hermann, E., Beiträge zur differentialdiagnostischen Verwertung der kutanen Tuberkulinreaktion. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 5. S. 390.

Huët, G. J., Het aantoonen van bronchiaal-kliertuberculose door percussie van de wervelkolom. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 10. S. 586.

Jessen, F., Zur Behandlung der Lungenschwindsucht. Zentralbl. f. innere Med. 1918. H. 2. S. 17.

Johansson, J. E., Koststater och utspisning vid tuberkulossjukhus. Svensk. Nationalfören. m. Tuberk. Kvartals. Årg. 12. H. 4. S. 99.

Klare, Tuberkulose und Heilmittelschwindel. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 4. S. 268.

Köhler, F., Die Tuberkuloseforschung in den Kriegsjahren. Leipzig. Repertorienverlag. S. 163 bis 182. 1 Mk.

Kraemer, C., Über die Dosierung diagnostischer Tuberkulineinspritzungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. S. 632.

Kraus, F., Die Prognosestellung bei der Lungentuberkulose. D. med. Woch. 1918. H. 4. S. 93.

Lubarsch, O., Über die Entstehungsweise, Infektions- und Verbreitungswege der Tuberkulose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1918. H. 2. S. 35.

Lützow, Zur Behandlung des tuberkulösen Fiebers. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1491.

Lützow, Tuberkulin als diagnostisches Mittel für den Praktiker. D. prakt. Arzt 1918. H. 2 u. 3. S. 19.

Malloch, A., Acute tuberculous bronchopneumonia with pneumothorax, secondary to tuberculosis of the peribronchial lymph nodes. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Mandl, D., Kalzium in der Therapie der Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 5. S. 334.

Mühlmann, E., Die Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose Erwachsener. D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 36.

Müller, W., Die Behandlung der Lungentuberkulose mit isolierten Partialantigenen und mit dem Partialantigengemisch M. Tb. R. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 36.

Neander, G., Oeversickt över 1917 års landstings viktigare beslut angående tuberkulossjukvården. Svensk. Nationalfören. m. Tuberk. Kvartalsskr. Årg. 12. H. 4. S. 113.

Nöhring, R., Erwiderung an Dr. *Schröder*. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 5. S. 340.

Rehn, E., Zur Klinik der halbseitigen perkutanen Pneumopexie beim offenen Pneumothorax. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 4. S. 501.

Reiche, F., Zum Kapitel von der hereditären Belastung bei Lungenschwindsucht. Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 7.

Rietti, F., Leucemia e tubercolosi. Rivista crit. di clin. med. Nr. 44 en 45.

Róth, N., Erfahrungen mit der Tuberkulintherapie. Wien. klin. Woch. 1918. H. 4. S. 97.

Schenitzky, Ch., Das Blutbild bei Lungentuberkulose und seine Beeinflussung durch Tuberkulinpräparate. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 228.

Schloß, E., Über Tuberkulose. Berl. klin. Woch. Nr. 48. S. 1156; Nr. 49. S. 1176; Nr. 50. S. 1190.

Schröder, G., Entgegnung auf vorstehende Bemerkungen. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 5. S. 341.

Snapper, J., De pneumothorax-behandeling van longtuberculose. Med. Weekbl. Bd. 24. Nr. 33. S. 529.

Unverricht, W., Künstlicher Pneumothorax zur Vermeidung der künstlichen Fehlgeburt bei Lungentuberkulose. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1566.

Weiß, M., Übersichtsreferat aus dem Gebiete der Tuberkulose. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1557.

Wick, L., Zur Tuberkuloseforschung und Behandlung. Wien. med. Woch. Nr. 48. S. 2144.

Zadek, J., Beiträge zur Entstehung und zum Verlauf der Lungentuberkulose im Kriege. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1635.

4. *Krankheiten des Respirationsapparates (exkl. Phthise).*

Bard, L., Du diagnostic de la lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée. Revue de Méd. 1918. Nr. 1. S. 5.

Bentz, N., De waarde van het morphologisch bloedbeeld voor de prognose bij croupeuze pneumonie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 76.

Bouty, R. J. C., *Vincent's* angina among the troops in France. Brit. med. Journ. Nr. 2969.

Brix, Zur Bauchdeckenspannung und Pleuritis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 603.

Cahn, A., Über Spontanpneumothorax bei Nichttuberkulösen. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1469.

Franke, F., Behandlung der Pneumonie mit Salizyl und Antipyrin. Münchn. med. Woch. 1918. H. 1. S. 8.

Hansen, P. N., The surgical treatment of bronchiectasis. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 13. S. 1. 1918.

Kleyn, A. de, en W. Storm van Leeuwen, Over stoornissen in de urinezuur-stofwisseling bij lijders aan asthma bronchiale en rhinitis vasomotoria. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 68.

Levie, D. J. de, Intratracheale behandeling van asthma bronchiale. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 221.

Pel, P. K., De optochine-behandeling der croupeuse pneumonie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 26. S. 2260.

Rosenthal, J., Septic lung-diseases in connection with „clearing" out the teeth. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 17. S. 1. 1918.

Sanderson-Wells, T. H., Pneumothorax with hernia into left pleural cavity. Brit. med. Journ. Nr. 2969.

Schüle, Spontanpneumothorax bei nicht Tuberkulösen. D. med. Woch. 1918. H. 1. S. 10.

Tar, A., Diagnostische Bedeutung der passiven Lungenverschieblichkeit. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1587.

Weisfelt, W. A., Pneumothorax bij pneumonie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 20. S. 1825.

5. *Krankheiten des Zirkulationsapparates.*

Boenheim, F., Untersuchungen über akzidentelle Herzgeräusche bei jugendlichen Gesunden. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 1 u. 2. S. 118.

Brunner, H., Gezeitenschwankung und Ermüdung des Herzmuskels. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 468.

Debré, R., L'endocardite maligne à évolution lente. Presse méd. Nr. 62. S. 638; Nr. 70. S. 710.

Dünner, L., Plethysmographische Untersuchungen bei Tropfenherzen. Ther. d. Gegenw. Nr. 12. S. 414.

Fahrenkamp, K., Zur Kenntnis der vorübergehenden Arythmia perpetua mit Beobachtungen über Vagusdruck. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 1 u. 2. S. 88.

Fairley Marris, H., Treatment of thrombosis. Brit. med. Journ. Nr. 2973.

Fortmann, Zur praktischen Diagnostik angeborener Herzfehler. D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 71.

Freund, Her., Ein Fall von tödlichem Herzblock in der Geburt. Zeitschr. f. Geb. Bd. 80. Nr. 1. S. 175.

Gunson, E. B., Observations on circulatory inefficiency, with special reference to the nervous factor. Lancet Nr. 4914.

Haas, A. K. J. de, Het syndroom van *Stokes-Adams*, als gevolg van sinus-bradycardie en de werking van atropine daarbij. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 147.

Hall, A., and J. B. Ferguson Wilson, A case of traumatic pericarditis due to needle. Lancet Nr. 4919.

Heß, L., Zur Kenntnis der Bradykardie. Wien. klin. Woch. 1918. H. 3. S. 70.

Hoffmann, F. A., Kordatonie und Herzneurasthenie. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1500.

Jagić, N. v., Über die Perkussion der Lungenspitzen. Wien. med. Woch. Nr. 47. S. 2089.

Kaufmann, R., und C. J. Rothberger, Experimentelle Untersuchungen über die Inäqualität des Pulses bei der Arrhythmia perpetua. Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 2. S. 249.

Kaufmann, R., und H. Meyer, Über therapeutische Herzverkleinerungen. Med. Klin. Nr. 44. S. 1155; Nr. 45. S. 1183.

Kylin, E., Akzidentelle Herzgeräusche und Ausdauer bei körperlichen Anstrengungen. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 1 u. 2. S. 105.

Leick, B., Weitere Erfahrungen mit Optochin bei der Lungenentzündung. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 46. S. 1509.

Levy, A. Goodman, The red blood cell count and haemoglobin content of the blood in disordered action of the heart. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Liles, O., Ein Fall von Endocarditis ulcerosa lenta mit embolischer Nephritis und postembolischem Aneurysma der Arteria poplitea. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1551.

Martinet, A., Les tachycardies. Presse méd. Nr. 68. S. 693.

Stepp, W., und A. Weber, Zur Klinik des persistierenden Ductus Botalli. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1534.

Straub, H., Dynamik des Herzalternans. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 403.

Treupel, G., Über den Herztod. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 589.

Veiel, E., Über nervöse Herzstörungen. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 49. S. 526.

Weber, A., Der praktische Wert älterer und neuerer Herzuntersuchungsmethoden. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1529.

Weicksel, J., Über akzidentelle Geräusche. D. prakt. Arzt 1918. H. 1. S. 1.

Weiser, E., Zur Kenntnis der Folgen plötzlich ein- und aussetzender Arhythmia perpetua. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 3 u. 4. S. 303.

Weiser, E., Beitrag zur Kenntnis der Dissoziation des Herzschlages. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 383.

Zangger, Th., Über prolongierte Anwendung des Kampfers bei chronischer Myokarditis. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 51. S. 1752.

6. *Krankheiten des Digestionsapparates (Bauchfell, Milz).*

Becher, F. v., Über gehäuftes Auftreten von Achlorhydrie. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1615.

Bonsdorff, H. J. v., Chronische Appendizitis und Krankheitszustände im Dickdarm. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 10. S. 1. 1918.

de Brüne Ploos van Amstel, P. J., Über neurotischen mesenterialen Duodenalverschluß. (Würzburger Abhandl. H. 7 u. 8.) Würzburg. Curt Kabitzsch. 300 S. 1 Mk.

Chaoul und Stierlein, Zur Diagnose und Pathologie des Ulcus duodeni. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1551; Nr. 49. S. 1584.

Cohnreich, E., Mitteilungen aus dem Spezial-lazarett für Magen- und Darmkranke. Res.-Laz. X Stuttgart. Württemb. Korr.-Bl. 1918. Nr. 6. S. 46.

Curschmann, H., Zur Pathogenese des Magenschwindels. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 365.

Drew, D., Procidentia recti and its treatment. Lancet Nr. 4917.

Eunike, W. K., Der Volvulus des aufsteigenden Dickdarms. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1619.

Faber, A., Die Zunge als Spiegel des Magens, insbesondere deren Verhältnisse bei der Achylie und der perniziösen Anämie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 3 u. 4. S. 319.

Fischer, J. F., On examination of gall-stone by Roentgen rays. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 12. S. 1. 1918.

Fortmann, F., Zur praktischen Diagnostik des Ulcus duodeni. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 40. S. 1349.

Friedrich, W. v., Durch Distomum entstandene Leberentzündung. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1619.

Gerhardt, D., Über gegenseitige Beziehungen von Magen- und Darmstörungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 24. S. 645.

Grundelfinger, E., Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des Nervensystems bei der Entstehung des runden Magengeschwürs. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 189. 1918.

Hesse, W., Störungen der Pankreasfunktion durch Pankreaspseudozysten. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1452.

Hoogslag, W., Een geval van leversyphilis met de klinische verschijnselen van leverabsces. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 2131.

Hovell, T. Mark, Gastro-intestinal sepsis a cause of *Menières* symptoms. Brit. med. Journ. Nr. 2972.

Ide, Ch., Nog een geval van splenomegalie (type *Gaucher*). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1761.

Kenéz, L., Röntgendiagnose einer Darmperforation. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1650.

Kuttner, L., und O. Adler, Zur Frage der akuten diarrhoischen Darmerkrankungen in den Monaten Juli und August dieses Jahres. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. S. 621.

Liek, E., Der nervöse Darmspasmus. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1659.

Luger, A., Über Spirochäten und fusiforme Bazillen im Darm, mit einem Beitrag zur Frage der Lamblienenteritis. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1643.

Maliwa, E., Gehäuftes Auftreten der Achylia gastrica. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1450.

Martens, Über frühzeitige Zökostomie bei Ruhr. Berl. klin. Woch. Nr. 48. S. 1150.

Melchior, L., On appendicitis e corpore alieno. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 15. S. 1. 1918.

Merklen, P., Sur une forme d'insuffisance hépato-rénale aiguë. Revue de Méd. Bd. 35. H. 3. S. 172.

Meunier, L., Un traitement „omnibus" des affections stomacales. Presse méd. Nr. 63. S. 647.

Neumayer, V. L., Antiferment und rundes Magengeschwür. Therap. Monatsh. Nr. 12. S. 483.

Nicolaysen, J., On reflex dyspepsia caused by chronic constipation and its surgical treatment. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 11. S. 1. 1918.

Nißle, A., Die antagonistische Behandlung chronischer Darmstörungen mit Kolibakterien. Med. Klin. 1918. Nr. 2. S. 29.

Scheunert, A., Über die Schichtung des Mageninhaltes nebst Bemerkungen über ihre Bedeutung für die Stärkeverdauung. Pflügers Arch. Bd. 169. H. 5—9. S. 201.

Weil, L., Kleine Beiträge zur Klinik der chronisch - rezidivierenden Gallenblasenentzündung. Württemb. Korr.-Bl. 1918. Nr. 2. S. 9.

Weiß, E., Magenbeschwerden als Symptome anderweitiger Erkrankungen. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 47. S. 506.

Wessel, C., Remarks on appendicitis. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 19. S. 1. 1918.

7. *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren, der männlichen Genitalien (exkl. Lues). s. auch 9. 5.*

Dunn, J. Shaw, and J. W. Mc Nee, A contribution to the study of war nephritis. Brit. med. Journ. Nr. 2971.

Goldscheider, Erfahrungen über Feld-Nephritis und ihre Behandlung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. H. 11. S. 321.

Groß, S., Zur Behandlung der Zystopyelitis. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1381.

Guggenheimer, H., Zur Behandlung der akuten Nierenentzündung mit besonderer Berücksichtigung der Feld-Nephritis. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. H. 11. S. 340; H. 12. S. 355.

Hallé, N., Les conditions de curabilité de la tuberculose rénale chronique. Presse méd. Nr. 62. S. 633.

Heim, F., et J. Tchertkoff, Les formes cliniques de l'urémie. Revue de Méd. 1918. Nr. 1. S. 15.

His, W., Kriegsnephritis ohne Eiweiß. Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 1.

Höjer, A., Om albuminurie vid icterus. Hygiea Bd. 79. Nr. 22. S. 1201.

Knack, A. V., Über Erkrankungen der ableitenden Harnwege bei Soldaten mit besonderer Berücksichtigung der Nierenfunktion. Med. Klin. Nr. 46. S. 1212; Nr. 47. S. 1241.

Koopman, J., Over familiaire Europeesche chylurie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 19.

Oliver, Th., On war nephritis and some circumstances incidental thereto. With a report on the solubility of plain lead and antimonial lead by *T. Maltby Claque* and *A. J. Watson*. Brit. med. Journ. Nr. 2971.

Rosenfeld, G., Zur Behandlung der Fibrinurie. Berl. klin. Woch. Nr. 46. S. 1106.

Schlayer und Beckmann, Zur Prüfung der Nierenfunktion bei kranken Nieren. Münchn. med. Woch. 1918. H. 4. S. 92.

Schmitz, F., Akute hämorrhagische Nephritis nach Raupenurtikaria. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1558.

Stern, Beiderseitige Paranephritis. Med. Klin. Nr. 44. S. 1162.

Strauß, H., Die Nephritiden. Abriß ihrer Diagnostik und Therapie auf Grund der neueren Forschungsergebnisse. 2. Auflage. Wien. Urban & Schwarzenberg. 312 S. mit 8 Abb. Brosch. 15 Mk., geb. 17 Mk.

8. *Krankheiten der Bewegungsorgane, Rheumatismus.*

Bolten, G. C., Over een zeu bijzonderen vorm van zoogenaamde „Slaapverlamming". Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 167.

Edelmann, A., Über abortive Behandlung des akuten genuinen Gelenkrheumatismus. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1632.

Kraus, F., Bemerkungen betreffend die Diagnostik und Therapie der chronischen, progressiven destruierenden Formen der Polyarthritis. Ther. d. Gegenw. 1918. H. 1. S. 1.

9. *Krankheiten des Nervensystems.*

Babonneix, L., et H. David, Trois cas d'épilepsie „essentielle" liée à l'hérédo-syphilis. Journ. de Méd. et de Chir. path. Bd. 88. S. 561.

Bäcker, H., Über Behandlungserfolge bei den funktionellen Erkrankungen unserer Soldaten. Neur. Zentralbl. 1918. H. 2. S. 72.

Bauer-Jokl, M., Über morphologische Senilismen am Zentralnervensystem. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2056.

Bauer, J., Über Rückenmarkserschütterung. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2052; Nr. 47. S. 2105.

Berkhan, O., Über die Wortblindheit, ein Stammeln im Sprechen und Schreiben, ein Fehl im Lesen. Neur. Zentralbl. Nr. 22. S. 914.

Beyer, E., Die Heilung des Zitterns und anderer nervöser Bewegungsstörungen. Psych.-neur. Woch. Nr. 35 u. 36. S. 225.

Bikeles, G., Bemerkung zum tonischen Patellarsehnenreflex bei Chorea minor. Neur. Zentralbl. 1918. H. 2. S. 72.

Boettiger, A., Zum Kapitel der Hirntumoren. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 131. 1918.

Brandweiner, A., Reinfektion bei Tabes dorsalis. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1483.

Brünecke, K., Sammelreferat aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. (1. Januar bis 30. Juni 1917.) Zentralbl. f. innere Med. 1918. Nr. 4. S. 49.

Cahn, A., Seltenere Folgen und Begleiterscheinungen postdiphtherischer Lähmungen. D. med. Woch. 1918. H. 4. S. 99.

Cantieri, C., Infezione meningococcica senza localizzazione e meningite tardiva. Rivista crit. di clin. med. Nr. 45 u. 46.

Cassirer, R., Über Nachbarschafts- und Fernsymptome bei Verletzungen der Halswirbelsäule und des Halsmarks. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 52. 1918.

Claude et Lhermitte, Les modifications dynamo-géniques des centres nerveux inférieurs dans les paralysies on dans les contractures fonctionnelles. Presse méd. 1918. Nr. 1. S. 1.

Crooksbank, F. G., Nervous cretinism. Lancet Nr. 4912.

Cumberbatch, E. P., The surging galvanic current in the treatment of paralysis. A simple method of localising contraction to paralysed muscles. Lancet Nr. 4911.

Descouts, P., La stupeur des nerfs périphériques d'origine traumatique et les troubles sensitivo-moteurs et électriques consécutifs. Presse méd. Nr. 55. S. 572.

Donath, J., Hysterische Taubstummheit mit katatonischen Erscheinungen nach Hirnerschütterung (Kommotionsneurose). Neur. Zentralbl. Nr. 23. S. 970.

Ducroquet, Les troubles fonctionnels dans les raideurs et les ankyloses douloureuses de l'articulation tibio-tarsienne. Presse méd. Nr. 58. S. 597.

Economo, C. v., Neue Beiträge zur Encephalitis lethargica. Neur. Zentralbl. Nr. 21. S. 866.

Edinger, L., Ammonshorn und Epilepsie. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2020.

Edinger, L., Untersuchungen über die Neubildung des durchtrennten Nerven. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 1. 1918.

Erben, S., Klinische Untersuchungen über die spastischen Phänomene. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2021.

Fleischer, B., Über myotonische Dystrophie. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1630.

Flesch, J., Die Hemmungstendenz der Armbewegungen als Symptom bei hysterischem und simuliertem Hinken. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1586.

Froboese, C., Mißbildung der Lamina cribrosa des Os ethmoidale als Ursache der eitrigen Meningitis. Berl. klin. Woch. Nr. 51. S. 1219.

Fröschels, C., Zur Frage der Entstehung motorischer Aphasie durch alleinige Schläfelappenläsion. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1652.

Goldstein, K., Über körperliche Störungen bei Hirnverletzten. Münchn. med. Woch. 1918. H. 3. S. 65; H. 4. S. 104.

Guggisberg, H., Über Maternitätstetanie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 50. S. 1713.

Hartenberg, P., Les paralysis fonctionnelles par inaction. Presse méd. Nr. 63. S. 648.

Hasebroek, K., Über eine bisher nicht beschriebene Neurose des Fußes. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 445.

Hatschek, R., Über Bauchmuskeltic. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2064.

Henschen, S. E., Über das Sehzentrum. Neur. Zentralbl. Nr. 23. S. 946.

Hesse, E., Die Bewertung der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna. Münchn. med. Woch. 1918. H. 5. S. 130.

Hoessly, H., Das Verhalten der Pupillen beim traumatischen Hirndrucke (Compressio cerebri). Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 1. 1918.

Hofstätter, R., Geburt bei Landryscher Paralyse. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1484.

Jaeger, R., Sammelreferat aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. (Bericht über das Jahr 1916.) Zentralbl. f. innere Med. 1918. H. 3. S. 33.

Jellinek, St., Der hysterische Spitzfuß. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1453.

Jendrassik, E., Zur Diskussion über die Neurosenfrage. Theorie der Hysterie und der Neurasthenie. Neur. Zentralbl. Nr. 23. S. 962.

Kaufmann, F., Zur Behandlung der motorischen Kriegsneurosen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1520.

Korczyński, L. R., Eitrige Typhusmeningitis. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1548.

Loewy, P., Über einen atypisch verlaufenden Fall einer Poliomyelitis acuta anterior bei einem Erwachsenen nach Verwundung. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2070.

Maas, O., Klinisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis systematischer Linsenkerndegeneration. Neur. Zentralbl. 1918. H. 1. S. 16.

v. Malaisé, Zur Pathologie der Plantarnerven. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 89. 1918.

Mendel, K., Seltene periphere Nervenlähmungen. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 115. 1918.

Moreau, L., Les paralysies plantaires. Presse méd. Nr. 59. S. 609.

Müller, O., und W. Berblinger, Das Endergebnis einer nach der Edingerschen Methode (Agarröhrchen) vorgenommenen Überbrückung des Nervus ulnaris mit anatomischer Untersuchung. Berl. klin. Woch. Nr. 46. S. 1109.

Münnich, Ein behelfsmäßig hergestellter Apparat für Druckdifferenzverfahren und gewöhnliche Narkose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 4. S. 509.

Naegeli, Über Myotonia atrophica, speziell über die Symptome und die Pathogenese der Krankheit nach 22 eigenen Fällen. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1631.

Noack, Narkolepsie. Neur. Zentralbl. 1918. H. 1. S. 27.

Oppenheim, H., Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfall-Neurosen. Berl. klin. Woch. Nr. 49. S. 1169.

Parhon, C. J., et E. Vasiliu, Troubles sensitifs et moteurs (tremblement à type parkinsonien, phénomènes paralytiques) à topographie surtout cubitale, du côté droit, à la suite d'une lésion cranienne dans la région pariétale gauche. Revue neur. Bd. 24. H. 4 u. 5. S. 156.

Pick, A., Historisches zur Lehre von der topographischen Anordnung in den Sehbahnen- und -zentren. Neur. Zentralbl. 1918. H. 2. S. 70.

Pick, A., Zur Frage der Entstehung motorischer Aphasie durch alleinige Schläfelappenläsion. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1652.

Prümers, Zur Behandlung der Kriegshysteriker. Med. Klin. Nr. 44. S. 1166.

Reichardt, M., Zur Frage der pathologisch-anatomischen Grundlage der reflektorischen Pupillenstarre. Neur. Zentralbl. 1918. H. 1. S. 7.

Reiß, H., Zur Theorie der traumatischen Kriegsneurose. Wien. klin. Rundschau Nr. 43 u. 44. S. 247; Nr. 45 u. 46. S. 259; Nr. 47—49. S. 271.

Rodella, A., Über das Verhalten des Fußsohlen-Kremasterreflexes in akuten Fällen von Ischias. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 51. S. 1753.

Rosenfeld, S., Quinckesches Ödem bei epileptischen Anfällen. Ther. d. Gegenw. Nr. 11. S. 390.

Salmon, A., Le syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du 3e ventricule. Presse méd. Nr. 56. S. 578.

Schottmüller, H., Zur Behandlung der Meningitis im allgemeinen und der Meningitis contagiosa (epidemischen Genickstarre) im besonderen. Ther. d. Gegenw. Nr. 11. S. 377.

Sicard, J. A., Traitement de la névralgie faciale „essentielle" par l'alcoolisation locale. Presse méd. Nr. 60. S. 620.

Singer, K., Kryptogene Aphasie. Med. Klin. Nr. 49. S. 1293.

Stoffel, A., Über die Schicksale der Nervenverletzten, besonders der Nervenoperierten. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1515.

Thompson, Th., and A. J. Walton, A case of epilepsy by removal of calcaneous intracranial tremours. Lancet Nr. 4914.

Vogt, E., Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der eitrigen Meningitis in der Gravidität. Berl. klin. Woch. Nr. 45. S. 1080.

Wallenberg, A., Neue Beiträge zur Diagnostik der Hirnstammerkrankungen. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 105. 1918.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Een geval van tabische arthropathie van de heup. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 52.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Jets over cerebrale spieratrophie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 20. S. 1811.

Westphal, A., Über das Vorkommen von Stäbchenzellen bei der multiplen Sklerose. Neur. Zentralbl. 1918. H. 1. S. 2.

Wilms, Heilung der Trigeminusneuralgie durch Röntgenbestrahlung. Münchn. med. Woch. 1918. H. 1. S. 7.

Worster-Drought, C., and A. Mills Kennedy, Pneumococcal meningitis. Brit. med. Journ. Nr. 2963.

10. *Krankheiten des Blutes.*

Alexander, A., Über Purpura haemorrhagica fulminans. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1564.

Benecke, E., Hämorrhagische Diathese (essentielle Thrombopenie) durch Milzexstirpation geheilt. Ther. d. Gegenw. Nr. 12. S. 418.

Bruining, J., Over het ontbreken der bloedplaatjes bij bepaalde vormen van haemorrhagische diathese. Geneesk. Bladen Bd. 20. H. 1. S. 1. 1918.

Ewald, G., Über das Blutbild bei Dysenterie. Folia haem. Bd. 22. H. 2. S. 1.

Hannema, L. S., De waarde van het bepalen van verschijnselen, die op verhoogde haemolysis wijzen, bij zware anaemieën. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 18. S. 1653.

Jagić, N. v., Über die Monozyten (große Mononukleäre und Übergangsformen *Ehrlichs*). Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1513.

Klinkert, D., Het waagstuk der constitutioneele eosinophilie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1972; Nr. 23. S. 2039.

Lichtenstein, A., Hämatologiska studier å för tidigt födda barn under de första levnadsåren med särskild hänsyn till anämiska tillstånd. Svens. läkaresällsk. handl. Bd. 43. H. 4. S. 1533.

Naegeli, Über Frühstadien der perniziösen Anämie und über die Pathogenese der Krankheit. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 3 u. 4. S. 221.

Pappenheim, A., Die morphologische Hämatologie. Folia haem. Bd. 22. H. 2. S. 167.

Tancré, E., Zur Polycythaemia rubra. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 435.

Zadek, J., Beiträge zur Ätiologie, Klinik und Hämatologie der perniziösen Anämie. Berl. klin. Woch. Nr. 53. S. 1253.

11. *Krankheiten des Stoffwechsels.*

Cammidge, P. J., The new dietetic treatment of diabetes. Lancet Nr. 4910.

Dunhill, T. P., A discussion on the surgery of ophthalmic goitre. Lancet Nr. 4920.

Falta, W., Ist die Wärmebildung bei Diabetes mellitus krankhaft gesteigert? D. Arch. f. klin. Med. Bd. 123. H. 5 u. 6. S. 331.

Kisch, H. E., Lipomatosis und Diabetes. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1918. Nr. 1. S. 1.

Lenné, Zur Fermentbehandlung des Diabetes mellitus, speziell des Kriegsdiabetes. D. med. Woch. 1918. H. 2. S. 39.

Pfeiffer, E., Gichthände und Gichtfüße. Berl. klin. Woch. Nr. 50. S. 1197.

Schmidt, R., Über pyrogenetisches Reaktionsvermögen als konstitutionelles Merkzeichen, unter besonderer Berücksichtigung des Diabetes mellitus. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 3 u. 4. S. 303.

Selhorst, J. F., Osteomalacie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 2176.

Stähelin, R., Die Behandlung des Diabetes mellitus. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 44. S. 1457.

Stepp, W., Blutzucker und Restkohlenstoff beim Diabetes mellitus des Menschen und beim experimentellen Diabetes. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 124. H. 3 u. 4. S. 177.

Widal, F., A. Weill et Vallery-Radot, L'azotémie initiale, son pronostic. Presse méd. Nr. 67. S. 681.

9. Chirurgie.

1. *Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, Operations- und Verbandlehre. (Tetanus, siehe Infektionskrankheiten 8. 2.)*

Abl, R., Persönliche Erfahrungen und Anschauungen, die Wirkungsweise des Wasserbettes betreffend. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1556.

Achard, H. P., A propos de l'anaesthésie régionale du membre supérieur. Progrès méd. Nr. 39. S. 323.

Amieux, J., La mécanothérapie précose pour blessures couchés. Presse méd. Nr. 70. S. 716.

Audain, G., La médication leucogène dans les maladies infectieuses et dans les infections d'ordre chirurgical. Presse méd. Nr. 59. S. 616.

Audain, G., et F. Masmonteil, Traitement des septicémies par les injections massives intraveineuses de sérum sucré isotonique (action leucogène). Presse méd. Nr. 62. S. 641.

Auerbach, S., Über die Schußverletzungen der peripheren Nerven. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u 2. S. 143. 1918.

Bashford, E. F., Sterilisation by *Dakin's* solution and the occurrence of secondary haemorrhage. Lancet Nr. 4912.

Böhler, L., Über katgutsparende Unterbindungen. Zentralbl. f. Chir. 1918. H. 2. S. 21.

Böhler, L., Zur Errichtung von Spezialabteilungen für Knochenschußbrüche und Gelenkschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1639.

Brun, H., Die chirurgische Behandlung der Pseudarthrosen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 44. S. 969.

Cohn, E., Die Behandlung der verzögerten Kallusbildung und Pseudarthrosen mit Fibrininjektionen nach *Bergel*. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1451.

Drüner, Die röntgenoskopische Operation nach *Grashey*. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1594.

Eiselsberg, Frh. A. v., Zur Wundbehandlung im Wasserbett. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1554.

Enderlen, Ein Beitrag zur Nervennaht. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1384.

Flesch, M., Untersuchungen zur Dynamik der Steckschüsse. Jena. Gustav Fischer. 150 S. mit 109 Abb. u. 1 Taf. Brosch. 6 Mk.

Franz, C., Müssen arteriovenöse Fisteln operiert werden? Zentralbl. f. Chir. Nr. 50. S. 1065.

Franz, C., Über Geräusche bei Aneurysmen und bei Pseudoaneurysmen. Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 5. S. 66.

Gaugele, Die Höllensteinbehandlung des Wunderysipels. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1579.

Gluck, Th., Gewebszüchtung und lebendige oder substitutionsfähige innere Prothesen als Grundlagen der funktionellen plastischen Chirurgie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 23. S. 627; Nr. 24. S. 650.

Goebel, C., Schutz der Arterienstümpfe durch Muskellappen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 50. S. 1069.

Grünebaum, M., Zur Behandlung torpider Geschwüre. D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 43.

Hanusa, K., Die Infektion frischer Kriegswunden mit Gasbranderregern und die daraus zu ziehenden Folgerungen. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 3. S. 398.

Hirsch, C., Die Desinfektion der Hände mit Thymolspiritus. Zentralbl. f. Chir. 1918. H. 3. S. 35.

Hull, A. J., Direct transfusion of blood. Brit. med. Journ. Nr. 2969.

Hull, A. J., The paraffin treatment of burns. Brit. med. Journ. Nr. 2972.

Isenberg, C. D., Zur Behandlung der Phlegmone. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1558.

Johnston, W. H., An unusual complication of laparotomy for gunshot wound. Lancet Nr. 4910.

Jüngling, O., Histologische und klinische Beiträge zur anäroben Wundinfektion. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 3. S. 411.

Kausch, Über konservatives Amputieren. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 3. S. 297.

Keith, A., Lectures on the anatomical and physiological principles underlying the treatment of injuries to muscles, bones and joints. I. The orthopaedie principles of *John Hunter*. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Keith, A., Lectures on the anatomical and physiological principles underlying the treatment of injuries to muscles, bones and joints. II. *John Hilton's* principles of treatment. Brit. med. Journ. Nr. 2972.

Keith, A., Lectures on the anatomical and physiological principles underlying the treatment of injuries to muscles, bones and joints. III. The principle and practies of *Hugh Owen Thomas*. Brit. med. Journ. Nr. 2973.

Kellock, Th. H., and C. Rhodes Harrison, A note on the occurrence of „blue pus“ in septic wounds. Lancet Nr. 4912.

Keppich, J., Zur Frage der Geschoßentfernung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 4. S. 535.

Kern, Viermaliges Verschlucken einer Metallgabel. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1567.

Krabbel, M., Zur Pathologie und Behandlung frischer Gefäßverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 108. H. 1. S. 76.

Kritzler, Ein einfaches Verfahren zur Unterdrückung im Entstehen begriffener Furunkel. Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 13.

Kroh, F., Frische Schußverletzungen des Gefäßapparates. Bruns Beitr. Bd. 108. H. 1. S. 61.

Kronheimer, H., Zur intravenösen Kochsalzinfusion bei Amputationen und Exartikulationen. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 78.

Kukula, Erfahrungen über Lokalisation und Entfernung von Projektilen. Bruns Beitr. Bd. 108. H. 1. S. 95.

Kulenkampff, D., Die Fremdkörperexstirpation. Zentralbl. f. Chir. 1918. H. 3. S. 35.

Künzel, J., Zur Prognose der Nervenschußverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 5. S. 583.

Küttner, H., Die Transplantation aus dem Affen und ihre Dauererfolge. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1449.

Laqueur, A., Über die Verwendung der Dampfdusche zur Wundbehandlung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 1. S. 17. 1918.

Lee, R. J., A simple and rapid method for the selection of suitable donors for transfusion by the determination of blood groups. Brit. med. Journ. Nr. 2969.

Lehmann, W., Zur Frage der neurotischen Knochenatrophie, insbesondere der nach Nervenschüssen. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 5. S. 605.

Linnartz, M., Der verschärfte Wundschutz durch Anstrich des Operationsfeldes mit Aluminiumbronze. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 3 u. 4. S. 254.

Loch, A., Über das Absaugen von Sekreten. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 49. S. 1509.

Martins, G., Behandlung offener Weichteil- und Knochenhöhlen nach *Bier*. D. med. Woch. Nr. 50. S. 1560.

Marx, H., Zur Technik der offenen Wundbehandlung. Berl. klin. Woch. Nr. 47. S. 1137.

Merkens, W., Zur Technik der Arteriennaht. Zentralbl. f. Chir. Nr. 48. S. 1035.

Moynihan, B., An address on injuries to the peripheral nerves and their treatment. Brit. med. Journ. Nr. 2966.

O'Neill, C. S., Fragment of shell in the arterial circulation. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Neutra, W., Zur Psychologie der Prothese. Med. Klin. Nr. 47. S. 1239.

Nyström, G., Über den Schmerzsinn des Skelettsystems. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 3 u. 4. S. 147.
Nyström, G., Über den Schmerz durch indirekten Druck als Fraktursymptom. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 3 u. 4. S. 217.
Orth, O., Sehnenplastik bei Nervenlähmungen. Med. Klin. Nr. 49. S. 1292.
Payr, E., Über Verlauf, Verhütung und Behandlung von Gelenkeiterungen. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 1.
Pearce, A., An address on modern antiseptics. Brit. med. Journ. Nr. 2969.
Pfanner, W., Zur Indikation der operativen Klärung der sogenannten Pseudoaneurysmen. Med. Klin. Nr. 45. S. 1186.
Porges, R., und A. Fuchs, Chirurgisch-neurologische Grenzfälle. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 5. S. 628.
Rahm, H., Opsonogenbehandlung der Furunkulose. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1619.
Ranft, G., Der protrahierte Chloräthylrausch. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1559.
Ranft, G., Autotransfusion nach Milzruptur. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. S. 1019.
Revel, La prophylaxie des hémorrhagies secondaires par l'exploration systématique, d'emblée et directe, des gros troncs vasculaires. Presse méd. Nr. 68. S. 694.
Riehl, G., Zur Wundbehandlung im Wasserbett. Wien. klin. Woch. Nr. 49. S. 1553.
Rosenstein, P., Die Phlebektomie (operative Ausschaltung der fortschreitenden Thrombophlebitis). Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 2. S. 294.
Schaefer, H., Eine neue fortlaufende Naht. Berl. klin. Woch. Nr. 45. S. 1087.
Schmid, Seltener Fall von innerer Verblutung. Württemb. Korr.-Bl. 1918. Nr. 1. S. 4.
Schoenlank, A., Über Hautmuskelnarben nach Schußverletzung, ihre Folgen und ihre Heilung. Münchn. med. Woch. 1918. H. 2. S. 40.
Shepherd, W. M., Treatment of secondary haemorrhage from the buttock by ligature of the internal iliac artery. Brit. med. Journ. Nr. 2970.
Souttar, N. S., An address on some points arising in nerve injuries. Brit. med. Journ. Nr. 2973.
Steiger, A., Mißerfolge von Milcheinspritzungen bei chirurgischen Krankheiten. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1615.
Stieda, Zur Behandlung infizierter Schußwunden mit hochprozentigen Kochsalzlösungen. Münchn. med. Woch. 1918. H. 3. S. 75.
Sury, K. v., Über die chronischen Folgen von Gelenkstraumen (Arthritis traumatica). Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 2. S. 271.
Troell, A., Zur Kenntnis von Refrakturen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 2. S. 376.
Wederhake, Grundsätze der Wundbehandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1546.
Wildt, A., Erfahrungen über Wundbehandlung mit Suprarenin. Münchn. med. Woch. 1918. H. 5. S. 135.

2. *Kopf und Hals.*

Aymard, J. L., Nasal reconstruction. With a note on nature's plastic surgery. Lancet Nr. 4920.
Boit, 140 perforierende Schädelschüsse mit Berücksichtigung des Ausganges. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 3. S. 395.
Brandes, M., Hyperalgetische Zonen bei Schädelschüssen im Kriege. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1469.
Bresler, J., Schädel- und Gehirnverletzungen. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 33 u. 34. S. 213; Nr. 35 u. 36. S. 228; Nr. 37 u. 38. S. 241; Nr. 39 u. 40. S. 255; Nr. 41 u. 42. S. 274; Nr. 43 u. 44. S. 282.
Brüning, F., Übergroße lufthaltige Gehirnzyste nach Schußverletzung. Operation. Heilung. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 3. S. 432.
Flines, E. W. de, Verbetering van een zadelneus door been-transplantatie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 154.
Hahn, O., Lumbalpunktion bei Kopfschüssen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 3. S. 416.
Haller, Über Gehirnventrikeleiterung und ihre Behandlung. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1589.
Hulles, E., Indikationen zur operativen Behandlung der Kopfschüsse. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2066.
Kropáč, R., Dilaceratio ossis frontalis, temporalis et orbitae pariet. anter. post vulnus schopet. Encephalitis gangraenosa. Debridement, resectio cerebri, plastica musculocutanea, Dränage, Heilung. Wien. med. Woch. Nr. 50. S. 2220.
Küttner, H., Die Verletzungen und traumatischen Aneurysmen der Vertebralgefäße am Halse und ihre operative Behandlung. Bruns Beitr. Bd. 108. H. 1. S. 1.
Licard, J. A., C. Dambrin et H. Roger, Action ostéogénétique de la plaque osseuse stérilisée dans les plastics craniennes. Presse méd. Nr. 56. S. 577.
Linck, Beiträge zur allgemeinen und speziellen Schädelkriegschirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie an der Schädelbasis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 3. S. 277.
Matti, H., Zur Technik der Hasenschartenoperation. Eine neue Methode zur operativen Behandlung der doppelseitigen Hasenscharte mit prominentem Zwischenkiefer. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 52. S. 1785.
Matti, H., Nachtrag zur Mitteilung: „Eine neue Methode zur operativen Behandlung der doppelseitigen Hasenscharte mit prominentem Zwischenkiefer" in Nr. 38. 1917 dies. Zentralblattes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 49. S. 1053.
Mertens, Ein Beitrag zur Erklärung der Krönleinschen Schädel-Hirnschüsse. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 3. S. 371.
Mougeot, A., et Duverger, Bradycardie et réflexe oculo-cardiaque dans les traumatismes oculaires, craniens, encephaliques. Presse méd. Nr. 72. S. 730.
Pichler, H., Über Knochenplastik am Unterkiefer. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jahrg. 33. H. 3. S. 348.
Rouhier, G., Pertes de substance craniennes et greffes cartilagineuses. Presse méd. Nr. 71. S. 722.
Schlesinger, H., Zur Klinik und Therapie der Wirbeltumoren und anderer extramedullärer Geschwülste. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2031; Nr. 47. S. 2092.
Schmieden, V., Auswechslung der Fragmente bei Pseudarthrose der Klavikula. Zentralbl. f. Chir. 1918. H. 5. S. 65.
Stern, K., Zur Kasuistik der Nackengeschwülste. Med. Klin. Nr. 50. S. 1321.
Tromp, F., Zur Behandlung von Parotisfisteln durch Entnervung der Drüse. Zentralbl. f. Chir. Nr. 48. S. 1033.
Veyrassat, A propos d'une mutilation du nez par balle explosive, traitée par la prothèse osseuse tibiale (voie externe). Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 12. S. 754.
Zilz, J., Pathologisch-anatomische Befunde bei Kieferverletzungen. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jahrg. 33. H. 3. S. 265.

3. *Wirbelsäule.*

Kaulbersz, G. J. v., Zur Frage der Sensibilitätsstörungen nach Kriegsbeschädigungen des Rückenmarks. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 30. H. 1 u. 2. S. 248. 1918.

Kiliani, Zwei Fälle von Wirbelsäuleverletzung. Münchn. med. Woch. 1918. H. 2. S. 44.

Oljenick, J., Über die Unterbindung der Arteria vertebralis. Zentralbl. f. Chir. Nr. 50. S. 1067.

Orth, O., Eine seltene Skapulaverletzung durch Sturz beim Reiten. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 52. S. 205.

4. *Brust, Bauch und Becken.*

Abadie, J., Sutures et résection intestinales (notamment dans les plaies pénétrantes de l'abdomen). Presse méd. Nr. 61. S. 629.

Anderson, J., The surgical treatment of severe penetrating wounds of the chest in a casualty clearing station. Brit. med. Journ. Nr. 2966.

Bungart, J., Bedenken gegen die Bolustherapie bei schweren enteritischen Prozessen. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1528.

Burk, W., Die Empyemfistel und ihre Behandlung. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 3 u. 4. S. 267.

Chirurgie, Neue Deutsche, Bd. 25. *E. Melchior:* Die Chirurgie des Duodenum. Stuttgart. Ferd. Enke. 566 S. mit 88 Abb. Geh. 22 Mk. 50 Pf., geb. 28 Mk. 60 Pf.

Cobet, R., Zur Diagnostik des infizierten Hämothorax beim Lungenschuß. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 18.

Cowell, E. M., Plastic transcostal thoracotomy. Brit. med. Journ. Nr. 2966.

Doose, Der Einfluß der Kriegskost auf Brucheinklemmung und mechanischen Ileus. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1449.

Federschmidt, F., Über die Prognose der Bauchschüsse im Felde unter dem Einfluß der Frühoperation. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 124.

Finsterer, H., Gallige Peritonitis ohne makroskopisch nachweisbare Perforation der Gallenwege. Med. Klin. Nr. 51. S. 1337.

Gaisböck, F., Bruststeckschüsse mit Schädigung des Herzens und deren Verlauf. Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 51. S. 1610; 1918. Nr. 3. S. 77.

Gask, G. E., and K. D. Wilkinson, Penetrating gunshot wounds of the chest and their treatment. Brit. med. Journ. Nr. 2972.

Gräfenberg, E., Die Behandlung des offenen Pneumothorax durch Naht unter Überdruck. Med. Klin. Nr. 45. S. 1190.

Gray, H. M. W., Surgery of the chest. Brit. med. Journ. Nr. 2966.

Grégoire et Courcoux, Plaies de la plèvre et du poumon. Collection Horizon, Masson et Cie., éd., Paris. 1 vol. in-8. 200 S. 4 frs.

Hansson, A., Bidrag till enterokystomernas kasuistik. Hygiea Bd. 79. H. 21. S. 1121.

Harms, Cl., Ein eigenartiger Befund bei einer Blinddarmoperation. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1478.

Hathaway, F. J., The early operative treatment of penetrating gunshot wounds of the chest. Brit. med. Journ. Nr. 2966.

Hayem, L., Notes sur le traitement des plaies pénétrantes de poitrine à l'avant. Presse méd. Nr. 61. S. 627.

Helsted, A., A case of „pseudo"-chylous ascites treated by drainage — operation. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 14. S. 1. 1918.

Horn, C. ten, Über die Ätiologie der Entzündung des Wurmfortsatzes, sowie über die Gefahren seiner Ausschaltung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 2. S. 261.

Hull, A. J., The cure of inguinal hernia. Brit. med. Journ. Nr. 2965.

Kenéz, L., Röntgendiagnose einer Darmperforation. Berl. klin. Woch. Nr. 47. S. 1138.

Kirchmayr, L., Zur Pathologie und Therapie der Ampullenschüsse des Rektums. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1640.

König, F., Zur Frage der Rezidive von Leistenbrüchen. Zentralbl. f. Chir. 1918. H. 4. S. 49.

Kuder, H., Zur Frage nach der Entstehungsursache der Pneumatosis cystoides intestini hominis. Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 5. S. 69.

Läwen, A., Über den offenen Pneumothorax bei Kriegsschußverletzungen und seine Behandlung durch frühzeitige Brustwandnaht. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 4. S. 427.

Leslie, R. Murray, Spontaneous evacuation of a shrapnel bullet in the lung by expectoration. Brit. med. Journ. Nr. 2968.

Murray, L. M., S. C. M. Mc Gill and J. D. Morgan, Diaphragmatic hernia; with report of a case of the acquired condition. Lancet Nr. 4919.

Norrlin, L., Profylaktisk appendektomi genom bråcksäck vid operation av inguinal- och kruralbråck. Hygiea Bd. 79. H. 21. S. 1135.

Orth, O., Erwiderung zu dem Artikel *Noetzels:* „Zu den Vorschlägen zur Darmvereinigung von *Reich* und *v. Orth*" in Nr. 16 u. 28. dies. Zentralblattes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 49. S. 1052.

Pauchet, V., Plaies de la hanche (traitement). Presse méd. Nr. 69. S. 701.

Perthes, G., Zur Frage der Rezidive nach Leistenbruchoperationen. Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 4. S. 51.

Pfanner, W., Zur Frage der Lokalanästhesie in der Abdominalchirurgie. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 3. S. 75.

Pohl, W., Zur antiseptischen Behandlung des Bauchfells, Spülung der Bauchhöhle mit Dakinlösung bei Bajonettstichverletzung. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 3 u. 4. S. 258.

Reichenbach, L., Zur Bauchschußfrage. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1616.

Roberts, J. E. H., and J. G. Craig, The surgical treatment of severe war wounds of the chest. Brit. med. Journ. Nr. 2966.

Roth, Eine einfache Operation des schwereren Sanduhrulcus und des Sanduhrmagens. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 2. S. 249.

Salomon, A., Zur Kritik und Technik der Leistenbruchoperation. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1590.

Schreiber, J., Über kompletten einseitigen Pneumothorax. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1476.

Stein, E., Die Heilung des Mastdarmvorfalls durch Faszientransplantation. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1458.

Stern, K., Zur Technik der Pleurapunktion. Med. Klin. Nr. 47. S. 1248.

Thun, H. v., On Sliding-hernia. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 18. S. 1. 1918.

Turner, G. R., and L. Pearce Gould, A case of traumatic rupture of the heart. Lancet Nr. 4911.

Voeckler, Th., Zur Kenntnis der Dickdarmlipome, zugleich ein Beitrag zur Frage der spontanen Lösung von Darminvaginationen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 3 u. 4. S. 169.

Wederhake, K., Zur Überpflanzung von Bruchsäcken und anderem Material. Zentralbl. f. Chir. Nr. 44. S. 973.

Wildt, A., Kotfistel mit künstlichem Sporn zur temporären völligen Ausschaltung des unteren Darmabschnittes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 47. S. 1018.

Wilms, M., Gastroenterostomie bei Ulcus des Magenfundus. Zentralbl. f. Chir. 1918. H. 4. S. 53.
Wolkoff, A. A., and E. E. Klopfer, Gastric digestion of various food stuffs after gastroenterostomy. Lancet Nr. 4911.

5. *Harn- und männliche Geschlechtsorgane.*

Dardel, G., Klinische Erfahrungen über Kryptorchismus. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 1 u. 2. S. 1.
Flechtenmacher, C., Zur Kasuistik der zystischen Dilatation des vesikalen Ureterendes. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1648.
Franke, F., Behandlung der Hydrokele mit Formalin. Zentralbl. f. Chir. 1918. H. 2. S. 17.
Hanusa, K., Die operative Behandlung des Leistenhodens. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1390.
Janssen, P., Die Begutachtung der Folgen von Kriegsverletzungen der Harnorgane. Münchn. med. Woch. 1918. H. 4. S. 95.
Pauchet, V., Prostatectomie: fermeture systématique de la plaie sus-pubienne. Presse méd. Nr. 72. S. 729.
Schüssler, H., Beiträge zur Klinik der Zystennieren Erwachsener. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 1 u. 2. S. 51.
Voelcker und Wossidlo, Urologische Operationslehre. 1. Abt. Leipzig 1918. Georg Thieme. 306 S. mit 225 Abb. u. 3 Taf. 19 Mk.
Wilms, M., Einfache Fixierung des Katheters in der Harnröhre. Zentralbl. f. Chir. 1918. H. 3. S. 33.

6. *Extremitäten.*

Blake, J. A., et K. Bulkley, Traitement des fractures des membres au moyen de la suspension et de la traction. Presse méd. Nr. 64. S. 653.
Böhler, L., Über eine Einheitsbehandlung der Unterschenkelbrüche. Münchn. med. Woch. 1918. H. 3. S. 68.
Borchardt, M., und Wjasmenski, Der Nervus medianus. Bruns Beitr. Bd. 107. H. 5. S. 553.
Crone, E., Zur osteoplastischen Behandlung großer Tibiadefekte. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1542.
Debrunner, H., Zur Kasuistik des schnellenden Fingers. D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 42.
Eunike, W., Zwei Fälle von doppelseitiger traumatischer Hüftluxation. D. med. Woch. 1918. H. 2. S. 41.
Esser, J. F. S., Gestielte Plastiken bei typischen Erfrierungen und bei schlecht geheilten Amputationsstümpfen der unteren Extremitäten. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 108. H. 4. S. 514.
Fiolle, J., et J. Delmas, La découverte large des troncs vasculaires de la fesse. Presse méd. Nr. 70. S. 709.
Groves, E. W. H., Operation for the repair of the crucial ligaments. Lancet Nr. 4914.
Guye, A. G., A propos de l'article „Tumoren der Kniegelenkkapsel". Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 44. S. 1474.
Hance, J. B., A case of compound fracture of the patella treated by wiring; complete functional recovery. Lancet Nr. 4911.
Hijmans, C., Traumatische loslating van de onderste epiphyse van het dijbeen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 2193.
Hoogveld, W. P. J., Over de behandeling van spataderen met de spiraalsnede volgens *Rindfleisch-Friedel*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1743.
Hörhammer, Cl., Zur Technik der Patellarnaht. Zentralbl. f. Chir. Nr. 49. S. 1049.
Kappis, M., Über eigenartige Knorpelverletzungen am Capitulum humeri und deren Beziehungen zur Entstehung der freien Ellbogengelenkkörper. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 3 u. 4. S. 182.
Key, E., Ein Fall von Luxation des Hüftgelenks mit außergewöhnlichem Repositionshindernis. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 2. Nr. 8. S. 1. 1918.
Koralek, M., Extensionsapparat zur Behandlung von komplizierten und nichtkomplizierten Oberschenkelfrakturen. Münchn. med. Woch. 1918. H. 3. S. 76.
Mayo-Robson, A. W., A method for efficient drainage of the knee joint. Brit. med. Journ. Nr. 2962.
Moullin, C. Mansell, The treatment of gunshot wounds of the ellbow-joint; a plea for primary excision. Brit. med. Journ. Nr. 2966.
Pilcher, L. S., Fractures of the lower extrematy or base of the radius. Philadelphia and London. J. B. Lippincott Comp. 1 vol. in-8. 116 S. u. 132 Fig.
Rebulla, A., Zur operativen Behandlung des harten Ödems des Handrückens. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 2. S. 45.
Reinbold, P., Le rôle anomalies d'ossification de la rotule dans le diagnostic de lésions traumatiques du genou. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 11. S. 653.
Roojen, P. H. van, Kunstmatig oedeem van de hand. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1764.
Rosenstein, P., Ersatz des Oberarmknochens samt Gelenkkopf durch das Wadenbein. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1420.
Schaefer, Ein Meßapparat zur genauen Bestimmung der Länge des Kunstbeins bei Oberschenkelamputierten. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1582.
Schepelmann, E., Fingerextension. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1450.
Schmid, E. F., Gehstörung und Glutäalinsuffizienz bei schlecht geheilten Unterschenkelbrüchen. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1475.
Schmid, H. H., Drahtschlingenzug am Kalkaneus aus dringlicher Indikation. Wien. klin. Woch. 1918. H. 4. S. 101.
Sembdner, Hilfsprothese bei Amputierten der unteren Extremität. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1510.
Simon, E., Über Aneurysmen nach Schußverletzung nebst einem Beitrag zur Kasuistik des Aneurysma spurium traumaticum, Arteriae tibialis posterioris. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 142. H. 1 u. 2. S. 79.
Vermey, J. A. E., Over supracondylaire breuk van het opperarmbeen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 18. S. 1720.
Warsow, L., Nagelextension bei Oberarmschußbrüchen. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1657.
Wildt, A., Extension der Beinbrüche in Beugestellung unter Vermeidung der technischen Nachteile. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1592.
Willemse, A. H. M., De schot fracturen der lange pijpbeenderen en hunne behandeling. Inaug.-Diss. Amsterdam, Januar.
Witt, J., Über Verlängerung von Oberschenkelknochen, welche nach Schußbrüchen mit großer Verkürzung verheilt sind. Med. Klin. Nr. 45. S. 1189.
Wydler, A., Ein Beitrag zur Frage der Ruptur des Biceps brachii. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 52. S. 1793.

10. Gynäkologie.

Chomé, Ed., Sur un cas de pyométrie. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 10—12. S. 285.
Delacroix, J. A. Bustos, Gangrena de las extremidades consecutiva a operaciones ginecologicas y al puerperio. Bossio y Bigliani, éd., Buenos-Ayres. 1 vol. 150 S.
Eich, H., Atresia hymenalis. D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 44.

Engelhorn, E., Über eine neue Bestrahlungsmethode in der Gynäkologie. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1481.

Fuchs, Zur Behandlung der entzündlichen Veränderungen in den Gebärmutteranhängen. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1425.

Hamm, A., Geburtshilflich-gynäkologische Kriegsfragen. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 5. S. 82.

Hauch, E., Avortement et stérilisation combinés et simultanés. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 267.

Herzog, Th., Sterilität und Retroflexio uteri. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 51. S. 1756.

Heyman, J., Osstetrisk-gynekologiska sektionens förhandlingar. Hygiea Bd. 80. H. 2. S. 49. 1918.

Ichok, G., Die Behandlung des Menstruationsfiebers durch kleinste Dosen Tuberkulin nach der Methode von *Philippi*. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 4. S. 261.

Jentzen, R., Über die postoperative Zystitis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. S. 1083.

Kotschwar, A., Ein Fall von nichtspezifischem Vulvageschwür. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1488.

Kotzareff, A., Quelques métastases cérébrales à la suite d'un mélano-sarcome primitif de la grande lèvre gauche. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 42. H. 9 u. 10. S. 641.

Lahille, A., De la quantité de sang que les femmes perdent au cours des règles. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 42. H. 5 u. 6. S. 535.

Lorey, A., Zur Bewertung der Röntgenbehandlung bei Myomen und Metrorrhagien. D. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 13.

Mauclaire, Prurit vulvo-vaginal intensif, traité par la résection des nerfs périnéaux. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 42. H. 9 u. 10. S. 655.

Meilchen, W. A., Dysmenorrhöe bei Uterus duplex. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. S. 1100.

Mulon, Cl., Sur les rôles du corps jaune. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 42. H. 5 u. 6. S. 545.

Nagel, W., Zur Bewertung der Bestrahlung und Myomotomie. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1443.

Olow, J., Du traitement de la tuberculose génitale chez la femme. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 224.

Penris, P. W. L., Carcinoma uteri en kinderaantal. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 9. S. 507.

Pompe van Meerdervoort, N. J. P., Operatieve behandeling van den uterus bicornis septus. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 10. S. 562.

Schweitzer, B., Isolierte Torsion der normalen Tube. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 2. S. 25.

Seitz, L., und H. Wintz, Für und wider die Ovarialdosis in einer Sitzung und in einer Serie. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 35.

Seitz, L., und H. Wintz, Grundsätze der Röntgenbestrahlung des Gebärmutterkrebses und des Karzinoms im allgemeinen. Die Karzinomdosis. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 4. S. 89.

Spaeth, F., Instrumentelle Uterusperforation infolge Einwucherns von Chorionzotten in die Gebärmuttermuskulatur. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1479.

Stümpke, G., Über die Beziehungen zwischen Harnröhrenwucherungen und Gonorrhöe beim Weibe. Berl. klin. Woch. Nr. 50. S. 1194.

Uhlirz, R., Zur Bewertung der Bestrahlung und der Myomotomie. D. med. Woch. 1918. H. 3. S. 74.

Wallart, J., Osteomalazie und Röntgenkastration. Zeitschr. f. Geb. Bd. 80. Nr. 1. S. 133.

11. Geburtshilfe.

Albeck, V., Le traitement de l'éclampsie par le curettage de la caduque. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 214.

Ancel, P., et P. Bouin, Sur la détermination de la date de la fécondation chez la femme. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 42. H. 5 u. 6. S. 527.

Aubert, L., Quelques indications de l'opération césarienne en dehors des cas de bassins rétrécis. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 11. S. 703.

Boerma, N. J. A. F., Een geval van omphalorrhagia neonatorum. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 9. S. 553.

Brandt, Kr., Sur le traitement de l'éclampsie. Résultats portant sur 431 cas traités à la maternité. et à la clinique gynécologique de Christiania (1889—1915, incl.). Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 201.

Cohn, T., Der künstliche Abort bei Neurosen und Psychosen. Berl. klin. Woch. Nr. 50. S. 1192.

Crook, A., A case of contracted pelvis; caesarean section thrice. Brit. med. Journ. Nr. 2964.

Crosland, G. W. Kilner, A case of caesarean section complicated by rupture of the uterus. Brit. med. Journ. Nr. 2972.

Essen-Möller, Le traitement de l'éclampsie. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 206.

Fieux, G., Notes sur la symphyséotomie. Indication de la symphyséotomie ante-partum. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 42. H. 5 u. 6. S. 518.

Forssner, A propos du traitement de l'éclampsie. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 210.

Gammeltoft, F. A., Le traitement de l'éclampsie puerpérale en Scandinavie. Mémoires et rapports présentés le 15. Janvier 1916 à la 96e Séance de la Société de gynécologie et d'obstétrie de Copenhague. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 189.

Geppert, Betrachtungen über 200 Fälle von Placenta praevia. Berl. klin. Woch. Nr. 46. S. 1102.

Grünbaum, G., Fortschritte in der konservativen Geburtshilfe. (Würzb. Abhandl. Bd. 17. H. 9.) Würzburg. Curt Kabitzsch. 146—165 S. 1 Mk.

Hamm, A., Rotationszange oder Drehung nach *Fehling?* Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1544.

Hauch, E., Sur le traitement de l'éclampsie. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 191.

Heil, K., Fortschritte und Wandlungen in der Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbettes während des Jahrzehntes 1906—1915. D. prakt. Arzt 1918. H. 2 u. 3. S. 23. — Leipzig. Repertorienverlag. 22 S. 1 Mk. 20 Pf.

Hinterstoisser, H., Zur Kaiserschnittfrage bei verschleppter Querlage. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 4. S. 61.

Hirsch, M., Die soziale und eugenetische Indikation für die Unterbrechung der Schwangerschaft. D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 126.

Hirsch, M., Zur Statistik des Aborts. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 3. S. 41.

Hoeven, P. C. T. van der, De oorzaak des spontane vroeggeboorte. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 9. S. 503.

Hoeven, P. C. T. van der, Het tijdstip der bevruchting. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 10. S. 557.

Hüssy, P., und Uhlmann, Die biologische Wirksamkeit des Serums von normalen Schwangeren und von Schwangerschaftstoxikosen. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 4. S. 57.

Josephson, Du traitement prophylactique de l'éclampsie. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 221.

Kervily, M. de, La villosité du placenta, ses formations mitochondriales et ses processus d'élabo-

ration (recherches sur le placenta humain normal aux différents stades de la grossesse). Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 10—12. S. 296.

Knoop, J. S. A. M., en J. A. van Dongen, Een merkwaardig geval van acuut oedeem van de portio vaginalis in de zwangerschap. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 4. S. 207.

Labhardt, A., Gefahren und Therapie der Placenta praevia. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 40. S. 1329.

Mayer, A., Die Unfallerkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Stuttgart. Ferd. Enke. 258 S. 10 Mk.

Meyer, L., Sur le traitement de l'éclampsie. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 190.

Meyer, L., Les primipares agées. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 264.

Naegeli, Über puerperale rezidivierende schwere Anämie, zuletzt mit Osteomalazie als innersekretorische Störungen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1513.

Nageotte-Wilbouchewitch, Le rôle tératogénique des tentatives d'avortement. Presse méd. Nr. 71. S. 721.

Os, W. H. A. van, Diffuus etterige peritonitis na doorbraak van een galblaasempyeem bij een zwangere vrouw, kort te voren lijdende aan typhus abdominalis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 23. S. 2052.

Pijper, A., Te breede schonders als baringsstoornis. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 10. S. 577.

Potts, W. A., Notes on painless childbirth (hyoscine-scopolamine and morphine). Brit. med. Journ. Nr. 2971.

Ribbius, P., Physometra en levend kind. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 10. S. 572.

Rosenstein, Demonstration eines supravaginal amputierten Uterus nach dreimaligem Kaiserschnitt. Berl. klin. Woch. Nr. 46. S. 1104.

Sachs, E., Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Erkrankungen des Nervensystems. Med. Klin. Nr. 44. S. 1159.

Turenne, A., et Ch. Colistro, Valeur clinique et médico-légale d'un signe non décrit du puerpérium récent. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 10—12. S. 350.

Vivian, M., Observations on painless childbirth. With notes of fifty consecutive cases treated by the hyoscine (scopolamine) and morphine method. Brit. med. Journ. Nr. 2971.

Walther, Zur Kasuistik der Geburtsstörungen durch Anomalien der weichen Geburtswege. Ther. d. Gegenw. 1918. Nr. 1. S. 20.

Westermarck, Du traitement de l'éclampsie. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 7—9. S. 207.

Wildt, M. de, Heradine, een nieuw middel ter vermindering van de pijn bij baring. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. Nr. 8. S. 437.

Zimmermann, H., Zur Rechtfertigung des transperitonealen Vorgehens beim tiefen Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. S. 1113.

12. Kinderkrankheiten.

Baldrian, K., Über das Verhältnis zwischen Denken und Sprache bei Vollsinnigen, Schwachsinnigen und Taubstummen. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 11 u. 12. S. 60.

Bernheim-Karrer, Zur Diagnose subarachnoidaler Blutungen beim Neugeborenen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. H. 5. S. 308.

Czerny, A., Zur Diagnose und Prognose der kindlichen Lungentuberkulose. D. med. Woch. 1918. Nr. 4. S. 95.

Friedjung, J. R., Die Sonderstellung der Kinderheilkunde. Med. Klin. Nr. 52. S. 1356.

Fröschels, E., Kindersprache und Aphasie. Berlin 1918. S. Karger. 165 S. mit 5 Abb. 7 Mk. 80 Pf.

Heymann, A., Das Bettnässen. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 42.

Hirsch, A., Diphtherie als Ursache von Vaginalblutungen im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 4. S. 227.

Hochsinger, C., Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause. 4. Aufl. Wien. Franz Deuticke. 270 S. mit 21 Abb. 6 Mk. 50 Pf.

Hofmeier, M., Zur Säuglingspflege in den Frauenkliniken. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1484.

Hutchinson, R., Three cases of melaena neonatorum successfully treated by the injection of whole blood or blood serum. Brit. med. Journ. Nr. 2967.

Jaschke, R. Th. v., Physiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen einschließlich der Ernährungsstörungen der Brustkinder in der Neugeburtszeit. (Deutsche Frauenheilkunde. 3. Bd.) Wiesbaden. J. F. Bergmann. 480 S. mit 94 Abb. u. 4 Taf. 25 Mk.

Kaupe, W., Zur Keuchhustenbehandlung. Med. Klin. Nr. 46. S. 1221.

Landé, L., Die Diagnose der primären Nasendiphtherie und der Hautdiphtherie im Säuglings- und Kindesalter. Berl. klin. Woch. Nr. 51. S. 1215.

Langstein, L., Zur Säuglingspflege in den Frauenkliniken. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1511.

Lapidus, H., Über Schutzimpfung gegen Varizellen. Monatsh. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 4. S. 237.

Lindberg, G., Meningealblutung und eitrige Meningitis im frühen Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 5. S. 363.

Lorenz, A., Erkennung der Koxitis im Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1918. H. 2. S. 29.

Opitz, Über die Säuglingspflege in den Frauenkliniken. D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 69.

Raimondi, R., La congestion hépatique aiguë des nourrissons. Presse méd. Nr. 64. S. 660.

Ricklin, B., Der Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel bei einem Fall von Rachitis tarda. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 36. H. 5. S. 373.

Rißmann, P., Pädiatrie und Säuglingspflege. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 22. S. 612.

Ritter, J., Die Ernährung der Säuglinge während der Kriegszeit. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1392.

Rosebery, S., Chlorine water in the treatment of infantile diarrhoea. Brit. med. Journ. Nr. 2972.

Rost, Über die Dauererfolge bei der Behandlung des Mastdarmvorfalles im Kindesalter. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 129.

Rost, F., Über Harnverhaltung bei Kindern, ohne mechanisches Hindernis. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 14.

Schiff, E., Über das Vorkommen der Vagotonie im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 4. S. 245.

Schrumpf, P., Zahnfieber. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 4. S. 224.

Simon, G., Zur Prognose der offenen Kindertuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 28. H. 4. S. 241.

Szymanski, S. J., Versuche über die Entwicklung der Fähigkeit zum rationellen Handeln bei Kindern. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. Bd. 78. H. 5 u. 6. S. 317.

Thiemich, Pädiatrie und Säuglingspflege. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 22. S. 622.

Triollet, L., Du traitement des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 5. H. 10—12. S. 354.

Ylppö, A., Über das familiäre Vorkommen von Icterus neonatorum gravis. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 98.

13. Psychiatrie.

Albertijn, C. J., Bijdrage tot die methodiek van die intellektsbepaling. Inaug.-Diss. Groningen, Nov. 1917. M. de Waal. 70 S., 1 Tafel.

Andernach, Psychogen bedingte Ausfallerscheinungen nach Kopfverletzungen. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1475.

Bolten, H., Een geval van dementia paralytica met negatieve reactie van *Wassermann*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 85.

Brun, H. de, L'amnésie paludienne. Presse méd. Nr. 61. S. 625.

Elmiger, J., Über schizophrene Heredität. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 33 u. 34. S. 211.

Engelhorn, Über die Benennungen der Geisteskrankheiten. Württemb. Korr.-Bl. 1918. Nr. 3. S. 17.

Gaupp, Über den Begriff der psychopathischen Konstitution. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 21. S. 565.

Hadfield, J. A., The influence of hypnotic suggestion on inflammatory conditions. Lancet Nr. 4914.

Huot, L., et P. Voivenel, Le courage. Félix Alcan, éd. Paris. 1 vol. in-16. 356 S. 3.50 frs.

Kraepelin, Die Forschungsanstalt für Psychiatrie und die deutschen Irrenärzte. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 41 u. 42. S. 265.

Lépine, J., Troubles mentaux de guerre. Collection Horizon (Masson et Cie., éd). 1 vol. in-8. 203 S. 4 frs.

Lyon, G., Comment on devient aérophage, comment on cesse de l'être. Presse méd. Nr. 66. S. 676.

Màrteri, A., La catottrofobia o fobia dello specchio. Rivista crit. di clin. med. Nr. 46.

Meyer, E., Psychiatrie. (2. Heft: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.) Leipzig. Georg Thieme. 131 S.

Nonne, M., Über die Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 58. H. 1 u. 2. S. 33. 1918.

Pilcz, A., Noch einmal: Krieg und progressive Paralyse. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2023.

Reukauff, H., Morde und Mörder. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 43 u. 44. S. 277.

Siemens, F., Über neuere Anschauungen in der Psychiatrie. Berl. klin. Woch. Nr. 47. S. 1135.

Soesman, F. J., Psycho-neurosen en actieve bewegingstherapie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 18. S. 1670.

Stransky, E., Manisch-depressive Symptome im Material der nervenärztlichen Privatsprechstunde. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2040.

14. Augenheilkunde.

Aymard, J. L., A cartilage prothesis for the eye. Lancet Nr. 4913.

Ascher, K. W., Erfahrungen an einem größeren Trachommaterial. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 21.

Bachstez, E., Funktioneller Blepharospasmus und Blick nach aufwärts. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1579.

Beykowsky, Über Minenverletzungen des Auges. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 37.

Brown, W. H., A case of gonorrhoeal keratosis. Brit. med. Journ. Nr. 2962.

Cantonnet, A., L'expérience du „trou dans la main", critérium de la vision binoculaire. Presse méd. Nr. 67. S. 686.

Chiari, Frh. R. v., Die Veränderungen der Bindehaut des Auges bei Fleckfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1479.

Engelbrecht, K., Zur Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern aus dem Innern des Auges. Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 3 u. 4. S. 329.

Erkes, F., Zur Therapie der retrobulbären Schußverletzungen der Orbita. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1473.

Fuchs, E., Über Ophthalmoplegia interna. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2016.

Hippel, E. v., Über einen Fall von ungewöhnlich schwerer gonorrhoischer Iridozyklitis und Neuritis optica. Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 3 u. 4. S. 355.

Hoeve, J. van der, Siderosis bulbi. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 20. S. 1819.

Kleyn, A. de, und W. Storm v. Leeuwen, Über vestibuläre Augenreflexe. Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 3 u. 4. S. 316.

Koeppe, L., Sammelreferat aus dem Gebiete der Ophthalmologie, Bericht über das Jahr 1917. Zentralbl. f. innere Med. 1918. Nr. 5. S. 65.

Koeppe, L., Klinische Beobachtungen mit der Nernstspaltlampe und dem Hornhautmikroskop. 8. u. 9. Mitteilung. Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 3 u. 4. S. 250.

König, Einiges über den therapeutischen Wert der subkonjunktivalen Dioninikjektionen. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1656.

König, Über das häufige Vorkommen des Frühjahrskatarrhs und seine besonderen Erscheinungen in Syrien. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1558.

Kraupa, E., Rückblick auf die augenärztliche Literatur des Jahres 1916. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 11. S. 3.

Lindner, K., Zur Diagnose des frischen Trachoms. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 15.

Löwenstein, A., Die Organisation der Trachombekämpfung in Bosnien-Herzegowina und Dalmatien. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 18.

Löwenstein, A., Über anfallsweise auftretende parenchymatöse Hornhautentzündung (Keratitis anaphylactica) und über die Entstehung des Pannus im Verlaufe der Körnerkrankheit. Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 3 u. 4. S. 236.

Meisner, W., Ein Mikrophthalmus congenitus mit Membrana pupillaris persistens corneae adhaerens und anderen Anomalien. Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 3 u. 4. S. 301.

Monbrun, A., Les hémianopsies en quadrant et le centre cortical de la vision. Presse méd. Nr. 59. S. 607.

Pichler, A., Über simulierte Gesichtsfeldeinschränkung. Arch. f. Ophthalm. Bd. 94. H. 3 u. 4. S. 227.

Poulard, A., Traitement de la syphilis oculaire. Presse méd. Nr. 63. S. 648.

Salus, R., Symmetrische Skotome nach urämischer Amaurose. Med. Klin. Nr. 46. S. 1211.

15. Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes und Rachens.

Adlercreutz, C., Ein Beitrag zur Schließung der narbigen Larynx- und Trachealfisteln. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 2. Nr. 5. S. 1. 1918.

Alexander, G., und E. Urbantschitsch, Die traumatischen Kriegsverletzungen und die Kriegskrankheiten des Gehörorganes. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 51. Jahrg. H. 9 u. 10. S. 505.

Bab, H., Über menstruelles Nasenbluten und seine organotherapeutische Behandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1455; Nr. 46. S. 1491.

Ballantyne, C. C., and B. S. Cornell, Report on six cases of tonsillectomy in diphtheria carriers. Brit. med. Journ. Nr. 2969.

Barth, E., Die psychogenen Lähmungen der Stimme, Sprache und des Gehörs. Med. Klin. Nr. 51. S. 1339.

Blumenthal, A., Beitrag zur Verödung der Tubenschleimhaut bei Radikaloperation des Ohres und zur Tiefenbeleuchtung bei Operationen in der Tiefe. Monatsschr f. Ohrenheilk. 51. Jahrg. H. 9 u. 10. S. 552.

Chiari, Frh. O. v., Die Stirnhöhlen-Schußverletzungen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 51. Jahrg. H. 9 u. 10. S. 601.

Esser, J. F. L., Verschließung von Larynx- und Trachealfisteln oder -Defekten mittels plastischer Operation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 2. S. 385.

Falta, M., Empfindungsstörung bei Labyrintherschütterung nach Granatexplosion. Med. Klin. Nr. 49. S. 1296.

Giron, E., La technique de la laminectomie. Presse méd. Nr. 59. S. 610.

Großmann, M., Die Verwendung des Ichthyols bei Nasenkrankheiten. Med. Klin. Nr. 49. S. 1291.

Guisez, Emploi de la poudre de *Vincent* dans les évidements osseux mastoïdiens et sinusaux. Paris méd. Bd. 7. H. 35. S. 184.

Haberern, J. P., Partielle Nasenplastik mit freier Transplantation aus der Ohrmuschel. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1481.

Hechinger, J., Kasuistische Beiträge zur Bronchoskopie. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 45.

Hett, G. Seccombe, The use of the turbinals and the septum in the repair of injuries and defects of the wall of the nasal cavity. Lancet Nr. 4920.

Hinterstoisser, H., Der quere Luftröhrenschnitt. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1573.

Iterson, C. J. A. van, Een geval van mucocèle van het zeefbeen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 83.

Kobrak, F., Versuche zur Otosklerosenbehandlung auf ätiologischer Grundlage. Ther. d. Gegenw. Nr. 12. S. 421.

Kuyjer, J. H., Behandeling van de kwaadaardige gezwellen van de amandelen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1793.

Kuttner, A., Hals-, Nasen- und Ohrenleiden. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Nr. 11. S. 14.

Mygind, H., The prognosis of otogenic sinusphlebitis. Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 1. H. 3 u. 4. Nr. 16. S. 1. 1918.

Némai, J., Über Verletzungen des Kehlkopfes. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1477.

Patterson, N., Operations on the nasal sinuses carried out through temporary opening in the septum (transseptal). Brit. med. Journ. Nr. 2964.

Pfeiffer, W., Ortizon-Kieselsäurepräparate bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden. D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 37.

Tarneaud, J., La mastoïdite récidivante. Thèse de Paris. Steinheil, éd. 70 S.

Tripold, Frz., Zur Behandlung der chronischen Mittelohreiterung. Med. Klin. Nr. 45. S. 1188.

Zappert, J., Die Indikationen von seiten des kindlichen Nervensystems zur operativen Entfernung der Rachenmandeln. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2047; Nr. 47. S. 2100.

16. Haut- und venerische Krankheiten.

1. *Hautkrankheiten.*

Batburst, L. Wood, Diathermy for the treatment of certain local abnormalities of the skin. Lancet Nr. 4912.

Chevallier, P., Traitement pratique de la blennorragie chez l'homme. Presse méd. Nr. 55. S. 573.

Donald, H. C., and A. M. Davidson, The medical treatment of gonorrhoea. Brit. med. Journ. Nr. 2964.

Fabry, J., Über Erosio interdigitalis blastomycetica seu saccharomycetica. Münchn. med. Woch. Nr. 48. S. 1557.

Fasching, M., Über einen Fall von variolaähnlichem, pustulösem, septischem Exanthem. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1393.

Hoffmann, E., Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (Abdruck aus der „Therapie an den Bonner Universitätskliniken". 2. Auflage.) Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. S. 528—656. Brosch. 3 Mk. 60 Pf., geb. 5 Mk.

Jeanneret, L., und F. Messerli, Héliothérapie et pigmentation. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 11. S. 668.

Keßler, Über Finger- und Fußnägel. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 24. S. 657.

Kühn, A., Über symptomatische Exantheme. Med. Klin. Nr. 44. S. 1164.

Lacombe, M., Le traitement des urétrites blennorrhagiques chez l'homme par l'anhydride sulfureux. Presse méd. Nr. 1. S. 5.

Lipschütz, B., Die Entstehung des Fleckfieberexanthems. Wien. klin. Woch. Nr. 51. S. 1605.

Luithlen, F., Die Schmerzstillung als Behandlung der Hautentzündungen. Wien. klin. Woch. 1918. H. 2. S. 43.

Lumb, N. P. L., Five hundred consecutive cases of acute gonorrhoea treated with vaccins; and a note on the electro-chemical method. Brit. med. Journ. Nr. 2962.

Lutz, W., Über Allergie bei Hauterkrankungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 48. S. 1601.

Marconnet, M., Recueil des cas de blennorrhagie traités sur le front par le „vaccin fluoruré" de *Nicolle* et *Blaizot*. Presse méd. Nr. 59. S. 614.

Mendes da Costa, S., Vitiligo postpapulosa. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 21. S. 1922.

Merian, L., Die Röntgentherapie der Nagelerkrankungen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 45. S. 1521.

Renault, A., Le traitement de la blennorragie chez l'homme. Presse méd. Nr. 66. S. 674.

Saalfeld, E., Zur Bekämpfung der Weiterverbreitung der Herpes tonsurans-Epidemie. Berl. klin. Woch. Nr. 52. S. 1239.

Schäffer, J., Behandlung von Hautkrankheiten mit einfachen Mitteln. Med. Klin. 1918. Nr. 2. S. 27; Nr. 3. S. 56; Nr. 4. S. 84.

Schüller, A., Hypertrichosis bei Ischiadikus-Läsionen. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2037.

Stalling-Schwab, J. B., Een geval van urticaria pigmentosa. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1977.

2. *Venerische Krankheiten.*

Abbott, W. H., The control of veneral diseases. Some practical points in intravenous medication: with special reference to the injection of arsenobenzol preparations. Lancet Nr. 4912.

Bloch, I., Ein Fall von schwerem tertiärsyphilitischem Phagedänismus des männlichen Genitale. Heilung durch kleine Dosen Jodkalium und örtliche Behandlung mit Boluphen. Berl. klin. Woch. Nr. 52. S. 1240.

Engwer, Über intravenöse Jodinjektionen bei Syphilis und Beziehungen des Jods zum Blutbilde und zum Blutdruck. Berl. klin. Woch. Nr. 45. S. 1083.

Frank, B., Over een geval van lues cerebro-spinalis met een negatieve reactie van *Wassermann* van het bloed en van den liquor cerebrospinalis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 18. S. 1679.

Gauß, E., und J. Lewinski, Zur Kritik der Gonorrhöeheilung. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1490.

Heilbronn, Selbstverstümmlung durch Gonokokkenübertragung. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1583.

Käyser, J. D., Granuloma venereum. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 2156.

Krauß, H., Ist der Tripper eine harmlose Erkrankung? Hyg Nr. 12. S. 189.

Lüth, W., Die Therapie der Gonorrhöe mit Hegonon. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1426.

Meinicke, E., Weitere serochemische Untersuchungen bei Syphilis. Münchn. med. Woch. Nr. 45. S. 1464.

Mendes da Costa, S., De abnormale pigmentatie bij syphilis. (Het leucoderma syphiliticum s. pigmentatio reticularis syphilitica. — Lidteeken dyschromieën bij syphilis.) Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 2014.

Menzer, A., Über Gonorrhöeheilung. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1489.

Menzi, H., Vorläufige Mitteilung über die Behandlung weiblicher Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 71.

Nast, E., Zur Fiebertherapie der kindlichen Gonorrhöe. Therap. Monatsh. Nr. 11. S. 449.

Odstrčil, J., Über moderne Behandlungsarten der Bubonen nach Ulcera mollia. Wien. med. Woch. Nr. 52. S. 2293.

Reiter, Zur Kritik der Gonorrhöeheilung. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1610.

Sabourand, B., Des faits concernant la pelade chez les hérédo-syphilitiques. Presse méd. Nr. 64. S. 659.

Seidl, A., Über extragenitale Syphilisinfektionen zur Kriegszeit. Wien. med. Woch. Nr. 50. S. 2223.

Stark, A., Über parenterale Milchbehandlung bei venerischen Bubonen und gonorrhoischer Epididymitis. Med. Klin. Nr. 50. S. 1317.

Stühmer, A., Soll man bei fraglichen Geschwüren der Geschlechtsteile eine prophylaktische antiluische Kur einleiten? D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 41.

Taege, K., Vermeidung der Ätherreaktion bei der Salvarsanbehandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 46. S. 1491.

Wechselmann, W., Über die Gewichtsverhältnisse nur mit Salvarsan behandelter Syphilitiker unter der Kriegsernährung in den Jahren 1916 und 1917. Med. Klin. Nr. 46. S. 1216.

Werther, Die Kontagiosität der kongenitalen Lues. Münchn. med. Woch. 1918. H. 3. S. 71.

White, Ch. F., Reinfection in syphilis; with observations on 28 cases. Brit. med. Journ. Nr. 2964.

17. Zahnheilkunde.

Beyer, Die Alveolarpyorrhöe, ihr Erreger und die weiteren Erfahrungen über die Behandlung mit Neosalvarsan. Med. Klin. 1918. Nr. 3. S. 63; Nr. 4. S. 90.

Cieszyński, A., Praktische Winke. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 33. Jahrg. H. 4. S. 449.

Ehricke, A., Indikationen und Technik der dentalen Plantationen. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 33. Jahrg. H. 4. S. 514.

Gillies, H. D., Two cases illustrating plastic and dental treatment. Lancet Nr. 4919.

Kneschaurek, H., und A. v. Posch, Röntgentherapie in der Zahnheilkunde. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 33. Jahrg. H. 4. S. 490.

Lesser, F., und Witkowski, Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhöe. Med. Klin. Nr. 48. S. 1273.

Minne, A. van der, Roentgenologische diagnose van tandkysten. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 1. S. 50.

Neumann, R., Beitrag zur Wurzelspitzenresektion an unteren Molaren. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 12. S. 554.

Rottenbiller, E. v., Beiträge zur Genese der Alveolarhypertrophie. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 33. Jahrg. H. 3. S. 386.

Schottländer, E., Drucknekrosen an den Alveolarfortsätzen. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. Nr. 12. S. 556.

Schwarz, N., Formalin zur Behandlung der Alveolarpyorrhöe. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 33. Jahrg. H. 3. S. 402.

Sörup, A., Erfahrungen bei Kieferverletzten. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. 35. Jahrg. Nr. 11. S. 505.

Urbantschitsch, E. H., Die Therapie der Unterkieferbrüche durch die intraorale Gußschiene. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 33. Jahrg. H. 3. S. 286.

Wustrow, P., Über die chirurgisch-bakteriologische Theorie der Wurzelbehandlung. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 12. S. 337.

18. Hygiene, Sanitätspolizei, Gewerbekrankheiten, Tropenhygiene.

Adam, A., Desinfektion von Obst und Gemüse mittels Desazon. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1580.

Adler, J., Behelfsmäßiges Heißluftbad mit Holz- bzw. Kohlenfeuerung. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1609.

Arneth, Zur Auffassung der Typhusimmunität. D. med. Woch. 1918. H. 5. S. 116.

Baumgarten, Ersatzverfahren für Formalinraumdesinfektion (Naphthalin, Karbolsäure). D. med. Woch. Nr. 49. S. 1540.

Bowman, F. B., Report on examination of faeces of chinese labourers. Lancet Nr. 4917.

Brack, Pappatazimücken und Pappatazierkrankungen. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. H. 23 u. 24. S. 381.

Brink, K. B. M. ten, Sporotrichose in Nederlandsch-Indië. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 1. S. 5.

v. Darányi und E. Stransky, Beobachtungen über Schutzimpfung bei Ruhr. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1424.

Doflein, F., Über mazedonische Anophelinen und ihre Bedeutung für die Verbreitung der Malaria. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 17.

Dudgeon, L. S., Examination of the urine in cases of relapsing fever occurring in Macedonia. Lancet Nr. 4918.

Feer, E., Über die Verwendung des Vollmehls in der Säuglingsernährung, und über das Vollbrot im allgemeinen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 52. S. 1777.

Fellenberg, Th. v., Über den Nachweis und die Bestimmung des Methylalkohols, sein Vorkommen in den verschiedenen Nahrungsmitteln und das Verhalten der methylalkoholhaltigen Nahrungsmittel im Organismus. Biochem. Zeitschr. Bd. 85. H. 1 u. 2. S. 45. 1918.

Fildes, P., and P. B. Wallis, The local treatment of meningococcus carriers with antiseptics. (A report to the medical research committee.) Lancet Nr. 4910.

Fornet, A., Die Kleie im Brot. Umschau Nr. 47. S. 834.

Frets, G. P., Vermindering van lichaamsgewicht. Bijdrage tot den voedingstoestand in den mobilisatietijd. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 21. S. 1880.

Hayek, H. v., Zur Technik des sozialen Kampfes gegen die Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Österreich. Wien. klin. Woch. Nr. 46. S. 1457.

Hilgermann, R., und W. Arnoldi, Behandlung und Schutzimpfung bei Fleckfieber mittels Vakzinierung mit Proteus X 19. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1582.

Justitz, L., Die Entkeimung von Diphtheriebazillenträgern. Med. Klin. Nr. 48. S. 1271.

Kaiser, M., Zur Sputumdesinfektion. D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 68.

Kapp, J. F., Vom vorzeitigen Altern. Stuttgart. Ferd. Enke. 96 S. mit 32 Abb.

Keller, Die Bedeutung der Malaria für die Heimat. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1505.

Kirchner, Die Pockenepidemie des Jahres 1917 und die Pockenschutzimpfung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1918. H. 2. S. 26.

Klingmüller, Über die Bettwanze. Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1653.

Koch, J., Zur Übertragung des Erregers des europäischen Rückfallfiebers durch die Kleiderlaus. D. med. Woch. Nr. 44. S. 1394.

Laveran, A., Leishmanioses (kala-azar, bouton d'Orient et Leishmanioses américaines). Paris. Masson et Cie., éd. 1 vol. in-8°. III—521 S. 15 frs.

Leersum, E. C. van, Aardappelzetmeel-beschuit, een middel ter versterking van ons koolhydraatrantsoen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 23. S. 2025.

Lipschütz, A., Probleme der Volksernährung. Bern. Akad. Buchh. von Max Drechsel. 74 S. Brosch. 2 Mk. 80 Pf.

Lorand, A., Das rasche Altern der Frauen nach gewissen Schädlichkeiten. Wien 1918. Moritz Perles. 51 S. 2 Kr.

Manaud, A., Traitement des paludéens de l'armée d'Orient en France. Presse méd. Nr. 58. S. 599.

Martini, E., Über die Isolierungszeit bei Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1448.

May, R. E., Einwände gegen Verminderung des Schweinebestandes. Berl. klin. Woch. Nr. 48. S. 1150; Nr. 49. S. 1174; Nr. 53. S. 1259.

Mühlens, Praktische Winke zur Erkennung und Verhütung von Malariagefahren. D. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 7.

Nobel, E., Praktische Durchführung des Ernährungssystems von *v. Pirquet* in einem Militärspitale. Der Militärarzt Nr. 12. S. 201.

Noorden, C. v., Die Verwendung der Roggenkleie für die Ernährung des Menschen. Umschau Nr. 51. S. 881.

Noorden, C. v., Über Kriegsbrot. Kosmos H. 11. S. 286.

Nußbaum, H. Ch., Das Ersparen von Brennstoffen. Umschau Nr. 49. S. 857.

Pfeiffer, A., Über die Isolierungszeit bei Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1615.

Rimpau, W., Die Kgl. Bakteriologische Untersuchungsanstalt München im Dienste der Seuchenbekämpfung 1916. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1524.

Rimpau, Typhusverbreitung durch Milch. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1638.

Rosenfeld, Kriegskost und Gesundheit. Umschau Nr. 48. S. 843.

Rubner, M., Die Verwertung aufgeschlossenen Strohes für die Ernährung des Menschen. Arch. f. Anat. u. Phys. 1918. H. 1 u. 2. S. 74.

Rubner, M., Über die Verwertung einiger Nebenprodukte der Stärkeindustrie für die Ernährung. Arch. f. Anat. u. Phys. 1918. H. 1 u. 2. S. 7.

Rubner, M., Der Nährwert der Vogelwicken und Wicken. Arch. f. Anat. u. Phys. 1918. H. 1 u. 2. S. 1.

Salomon, H., Über Holzbrot und seine Verdaulichkeit. Wien. med. Woch. Nr. 51. S. 2261.

Saxl, P., Über die Herstellung von Vakzinen (Impfstoffen), Diagnostizis und agglutinierenden Seris mit Hilfe der keimtötenden Fernwirkung der Metallsalze. Med. Klin. Nr. 46. S. 1209.

Schallmayer, W., Kriegswirkungen am Volkskörper und ihre Heilung. Umschau 1918. Nr. 1. S. 1; Nr. 2. S. 22.

Schlesinger, E., Der Einfluß der Kriegskost im dritten Kriegsjahr auf die Kinder im Schulalter und die herangewachsene Jugend. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 46. S. 1505.

Schottelius, M., Beta-Lysol und Kresotin-Kresol. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1527.

Spörry, R., Über den erzieherischen und gesundheitlichen Wert des richtigen Singens. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. H. 5. S. 303.

Spriggs, E. J., and A. B. Weir, The digestibility of bread made from two parts of wheat and one part of oats, barley, maize or rice. Lancet Nr. 4915.

Stepp, W., Über Probleme der Ernährung im Kriege. Med. Klin. Nr. 47. S. 1234.

Strauß, H., Ameisensäure als Konservierungsmittel. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. H. 12. S. 353.

Thomassin, Ch., Ernährungsreform und Lebensreform. Hyg Nr. 12. S. 187.

Vogel, R., Bemerkungen über das Vorkommen von Anophelesmücken in Pferdeställen und über die Vertilgung von Anopheleslarven. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 46. S. 1509.

Waller, H., De bestrijding der besmettelijke ziekten in de geneeskundige praktijk. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1754.

Wiese, O., Zur Übertragung des Rückfallfiebers. D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 61.

Wilbrand, E., Der Fliegenpilz als Insektenvertilger. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1610.

Willcox, W. H., Rations in relation to disease in Mesopotania. Lancet Nr. 4914.

Ziemann, H., Gesundheits-Ratgeber für heiße Zonen. 5. Auflage. Berlin. Dietrich Reimer (Ernst Voßen). 56 S. mit 23 Abb. Brosch. 1 Mk. 50 Pf.

Zuntz, N., Die Aufgaben des Arztes beim gegenwärtigen Stande der Ernährungsfragen. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1409.

19. Soziale und gerichtliche Medizin, Unfall- und Versicherungskunde.

Bergh, D. van den, Enkele opmerkingen betreffende voedselverzorging van ons land. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 81.

Biesenberger, Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 44. S. 473; Nr. 45. S. 485 Nr. 46. S. 493.

Christen, Th., Schädigungen durch Sinusstrom. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1536.

Dimmer, F., Zur Reform des medizinischen Unterrichtes. Wien. klin. Woch. 1918. H. 4. S. 101.

Dreuw, Anzeigerecht oder Anzeigepflicht bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? Umschau 1918. Nr. 6. S. 61.

Fraenkel, A., Bemerkungen zur Neuordnung des medizinischen Unterrichts. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 1. S. 17.

Geipel, Bestehen einer Gehirnschwulst bereits 5 Jahre vor dem Tode. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 10. S. 217.

Goenner, A., Ist eine Zunahme der Geburten in der Schweiz wünschenswert? Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 50. S. 1722.

Haberda, A., Scheinindikationen bei ärztlicher Fruchtabtreibung. Wien. klin. Rundschau 1918. Nr. 3 u. 4. S. 15.

Haberda, A., Fragliche Tötung eines neugeborenen Kindes durch die Großmutter. Wien. klin. Woch. Nr. 44. S. 1394.

Hahn, R., und C. Manchot, Die Organisation zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Hamburg. Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. 18. Nr. 4. S. 85.

Hanhart, E., Über die amtliche Totenschau auf Grund der Verhältnisse in den verschiedenen Ländern und mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen im Kanton Zürich. Zürich 1916. Speidel & Wurzel. 114 S. 2 Mk. 50 Pf.

Heil, K., Die Zunahme der Gebärenden in den höheren Altersstufen während des Krieges. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. S. 1081.

Heinsius, F., Zur Frage des kriminellen Abortes. D. med. Woch. 1918. H. 1. S. 16.

Herwerden, C. H. van, Kan schrijfles aan eënarmigen gerekend worden onder „genees- en heelkundige behandeling"? Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 22. S. 1995.

Heynsius van den Berg, M. R., Gegevens over den voedingstoestand der Amsterdamsche schoolkinderen in Januari 1917. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 23. S. 2048.

Horn, P., Fachbücher für Ärzte. Band 2. Praktische Unfall- und Invalidenbegutachtung bei sozialer und privater Versicherung sowie Haftpflichtfällen. Berlin 1918. Julius Springer. 234 S. Geb. 9 Mk.

Imbert, L., Accidents du travail et blessures de guerre. Une nouvelle loi. Presse méd. Nr. 57. S. 591.

Joteyko, J., La science du travail et son organisation. Paris. Felix Alcan, éd. 1 vol. in-8°. 260 S. 3.50 frs.

Kadečka, F., Fürsorgeerziehung und Jugendstrafrecht in Österreich. D. Strafrechtszeit. Nr. 11 u. 12. S. 402.

Kafemann, R., Das Problem des persönlichen Syphilisschutzes und seine Lösung. Med. Klin. 1918. Nr. 3. S. 58.

Kohlmeyer, E., Krampfaderleiden und Invalidenversicherung. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 11. S. 241.

Kuttner, A., Darf die wirtschaftliche Lage der Schwangeren bei Einleitung des künstlichen Abortes berücksichtigt werden? D. med. Woch. Nr. 47. S. 1482.

Lawson, A., Departmental committee on the welfare of the blind; notes on the report. Lancet Nr. 4913.

Liniger, H., Lungenentzündung infolge von Erkältung als Betriebsunfall. Med. Klin. Nr. 47. S. 1237.

Lubsen Nzn., J., Gegevens over den voedingstoestand der Amsterdamsche schoolkinderen in Januari 1917. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 21. S. 1865.

Miller, M., Lungenschwimmprobe und Leichenfäulnis. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 23. S. 633.

Möbius, Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. f. Med.-Beamte 1918. Nr. 1. S. 13.

Müller, H., Die Gefahren der gewerblichen Arbeit unter künstlich erhöhtem Luftdruck und die Maßnahmen zur Verhütung dieser Gefahren. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 11. S. 250; Nr. 12. S. 265.

Müller, W., Die Errichtung von selbständigen Universitätskliniken und Lehrstühlen für das Tuberkulosefach. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1425.

Pinard, A., Les droits de l'enfant. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 42. H. 5 u. 6. S. 513.

Prausnitz, W., Über das Studium der Medizin und die Einführung des „Praktischen Jahres" in Österreich. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 5. S. 134.

Puppe, Das Dienstverfahren gegen Professor Dr. *Henkel* (Jena). Med. Klin. Nr. 46. S. 1207.

Raimann, E., Sinnestäuschungen als Komplikation und ihre gerichtspsychiatrische Bewertung. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2026.

Reckzeh, Die Aufnahme von Kriegsbeschädigten in die Lebensversicherung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 610.

Reukauff, H., Morde und Mörder. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 39 u. 40. S. 251; Nr. 41 u. 42. S. 269.

Rothenhäusler, O., Bewußtlos - Aufgefundene. Die Folgen ihrer mangelhaften Behandlung für die heutigen rechtlichen Verhältnisse insbesondere das neue Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911. Zürich 1916. Speidel & Wurzel. 56 S. 2 Mk.

Schwalbe, J., Über das medizinische Frauenstudium in Deutschland. Leipzig 1918. Georg Thieme. 63 S. 2 Mk. 75 Pf.

Seitz, Die Angestelltenversicherung. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 50. S. 535; Nr. 51. S. 548; Nr. 52. S. 555.

Spiegel, O., Die Organisation von Mutter- und Säuglingsschutz in Kiel. Zentralbl. f. Gyn. 1918. Nr. 5. S. 90.

Spinner, R. J., Nitrobenzol als Abortivum. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 43. S. 1439.

Struve, Bevölkerungspolitik im Reichstage. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1918. H. 2. S. 40.

Turenne, A., Le service d'assistance et de protection maternelle. Ann. de Gyn. et d'Obst. Bd. 42. H. 9 u. 10. S. 662.

Wilhelm, E., Die Beseitigung der Zeugungsfähigkeit in rechtlicher Beziehung. D. Strafrechtszeit. Nr. 11 u. 12. S. 405.

Wilker, K., Jugendgefängnisse. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 11 u. 12. S. 49.

Winkler, K., Über die Begutachtung der nur durch die Leichenöffnung feststellbaren Krankheitsfälle. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 595.

Winter, G., Unberechtigte Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Med. Klin. Nr. 49. S. 1283.

Zumbusch, L. v., Geschlechtskrankheitenbekämpfung und Strafrecht. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 47.

20. Militärärztliche Wissenschaft.

Audion, P., Notes sur l'immobilisation d'un blessé et sur un type nouveau d'appareil plâtré. Presse méd. Nr. 67. S. 688.

Axhausen, Die Behandlung der Kriegsverletzungen im Bereich der knorpligen Rippen im frischen und späten Stadium. Therap. Monatsh. Nr. 12. S. 475.

Bäcker, H., Über Behandlungserfolge bei den funktionellen Erkrankungen unserer Soldaten. Neur. Zentralbl. 1918. Nr. 2. S. 72.

Barbary, F., Mise en état de défense de l'organisme infecté. Méthode nouvelle à actions antihémolytique et antitoxique. Application pratique aux grands blessés de guerre. Maloine et fils, éd. 69 S., 27 Fig.

Bergmeister, R., Wann und wo kann im Felde die Enucleatio bulbi vorgenommen werden? Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 33.

Blach, P., Einige Beiträge zum Wesen der sogenannten Kriegsneurosen. Wien. med. Woch. Nr. 46. S. 2061; Nr. 47. S. 2108.

Blum, V., Vorschlag zur Behandlung der Harninkontinenz der Soldaten. Wien. klin. Woch. Nr. 50. S. 1581.

Boyle, H. E. G., Experiences in the use of nitrous oxide and oxygen with rebreathing in military surgery. Lancet Nr. 4914.

Bostroem, A., Neurologische und psychologische Fronterfahrungen eines Truppenarztes. Med. Klin. Nr. 50. S. 1310.

Brack, Einfache, einwandfreie Methode zur Erreichung von Mückenfreiheit in festen Truppenlagern. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1608.

Brückner, G., Zur sog. Kriegsnephritis. D. med. Woch. Nr. 51. S. 1588.

Bruns, O., Die Herzen und Herzkrankheiten unserer Soldaten. Med. Klin. Nr. 51. S. 1333.

Campbell, J., Gastric atony and war neurasthenia. Lancet Nr. 4912.

Chavasse, F., „Myalgia": its diagnosis in forward areas. Brit. med. Journ. Nr. 2973.

Coenen, H., Die lebensrettende Wirkung der vitalen Bluttransfusion im Felde auf Grund von 11 Fällen. Münchn. med. Woch. 1918. H. 1. S. 1.

Colledge, L., H. Drummond, R. T. Worthington, J. W. Mc Nee, A. F. Sladden and J. E. Mc Cartney, A report on the treatment of a series of recently inflicted war wounds with „proflavine". Lancet Nr. 4914.

Cone, S. M., Preliminary report on the pathological findings in nerves following war injuries. Brit. med. Journ. Nr. 2967.

Coppez, H., et A. van Lint, Soins oculaires à l'usage des infirmières. Paris. Masson et Cie., éd. 1 vol. 186 S., 114 Fig. 5 frs.

Didier, R., L'extraction des projectiles à la pince sous écran. Progrès méd. Nr. 37. S. 306.

Dixon, R. Garside and H. T. Bates, Treatment of wounds by a solution of soap in the casualty clearing station. Lancet Nr. 4917.

Dietrich, Balneotherapie und Kriegsbeschädigtenfürsorge. Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1969.

Disqué, L., Entstehung und Verlauf des Skorbuts im Jahre 1916 unter den deutsch-österreichischen Kriegsgefangenen in Taschkent (Turkestan). Med. Klin. 1918. Nr. 1. S. 10.

Dobson, R. T., Notes on trench foot. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Doummond, H., and A. Bowlby, On the treatment of a series of recently inflicted war wounds with flavine (a report to the medical research committee). Lancet Nr. 4913.

Duponchel, J., Contribution à l'étude des plaies de l'abdomen en chirurgie de guerre d'après 119 observations inédites. Paris. Vigot frères, éd. 1 vol. in-8. 132 S.

Emanuel, C., Über die Behandlung von Augenverwundeten in der vordersten Augenstation. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1603.

Feilchenfeld, W., Runderlasse des R. V. A. über die Beschäftigung von Kriegsblinden bzw. Kriegsbeschädigten. D. med. Woch. Nr. 49. S. 1540.

Flockemann, A., Zur raschen Erwärmung durchfrorener Schwerverwundeter. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 41.

Fotheringham, J. T., The Canadian army medical service. Brit. med. Journ. Nr. 2963.

Fry, W. Kelsey, A few notes on the treatment of gunshot wounds of the mandible. Lancet Nr. 4919.

Friederichs, Aus der Ohrenstation des Festungshauptlazaretts Ulm. Württemb. Korr.-Bl. 1918. Nr. 1. S. 1.

Gans, O., Die Ansteckungsquellen der geschlechtskranken Heeresangehörigen während des Krieges. D. med. Woch. 1918. H. 1. S. 15.

Gray, H. M. W., The use of liquid paraffin in the treatment of war wounds. Brit. med. Journ. Nr. 2964.

Grósz, E. v., Die augenärztliche Tätigkeit im Felde. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 6.

Haller, M., Des ostéitis fistulisés, suite de blessure par projectiles de guerre. Presse méd. Nr. 56. S. 581.

Hanke, V., Über Kriegsverletzungen des Auges durch gesteigerten Luftdruck platzender Geschosse. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 30.

Hellpach, W., Therapeutische Differenzierung der Kriegsnervenkranken. Med. Klin. Nr. 48. S. 1259.

Heßberg, R., Über die Behandlung von Gesichtsverletzungen Kriegsbeschädigter, besonders in der Umgebung des Auges. Med. Klin. 1918. Nr. 4. S. 86.

Hey, W. H., A method of early closure of recent gunshot wounds. Brit. med. Journ. Nr. 2962.

Hoerschelmann, E., Zur Klinik des Skorbuts in der russischen Armee. D. med. Woch. Nr. 52. S. 1617.

Hoeven Jr., H. van der, De psychopathen in het leger. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1918. 1. Hälfte Nr. 3. S. 158.

Hönig, A., Erfahrungen auf dem Gebiete der Augenheilkunde im Kriege. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 40.

Horniker, E., Über einige organisatorische und klinische Erfahrungen an Tachomformationen im Frontbereiche der ...ten Armee. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 10.

Hurst, A. F., and E. A. Peters, A report on the pathology, diagnosis and treatment of absolute hysterical deafness in soldiers. Lancet Nr. 4910.

Jobson, T. B., Normal gun-deafness. Lancet Nr. 4911.

Klingelhöffer, W., Die Augenheilkunde im Kriege. Der prakt. Arzt 1918. Nr. 1. S. 3; Nr. 2 u. 3. S. 27.

Kohnstamm, O., Die Sejunktionshysterie der Kriegsteilnehmer. Berl. klin. Woch. Nr. 47. S. 1134.

Koschel, Über einen Absprung mit dem Fallschirm. Umschau Nr. 48. S. 845.

Lance, M., Sur l'équinisme consécutif aux plaies de guerre. Presse méd. Nr. 62. S. 635.

Lénárd, W., Zur Impfstoffbereitung im Felde. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 616.

Leo, W., Kriegsneurologische Beobachtungen. Langensalza. Wendt & Klauwell. 154 S. mit zahlreichen Abb. 5 Mk.

Léon-Kindberg, M., et A. Delherm, Sur le triage des tuberculeux aux armées. Presse méd. Nr. 63. S. 645.

Lewin, L., Das Verhalten von Kugeln aus einer Bleinatriumlegierung gegen Wasser. Münchn. med. Woch. 1918. H. 2. S. 38.

Lossen, H., Oberarmbrüche beim Handgranatenwerfen. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 12. S. 280.

Marder, Über drei Fälle von Zerreißung einzelner Fasern des Musculus rectus sinister beim Abwurf einer Übungshandgranate. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1606.

Martin, E. K., and G. F. Petrie, The spread of infection in open bone and its bearing on the treatment of projectile fracture. Brit. med. Journ. Nr. 2962.

Mohr, Ein bewährter Schulterschutz für Krankenträger der Sanitätskompagnien. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1478.

Mörchen, Der Hysteriebegriff bei den Kriegsneurosen. Berl. klin. Woch. Nr. 51. S. 1214.

Morison, Rutherford, Remarks on the treatment of infected, especially war wounds. Brit. med. Journ. Nr. 2964.

Müller, G., Der fußkranke Soldat und seine Verwendungsfähigkeit. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 44. S. 173.

Nankivell, A. T., and C. E. Sundell, On the presence of a spirochaete in the urine in cases of

trench fever. With an introductory note by Sir *John Rose Bradford*. Lancet Nr. 4914.

Neumann, O. Ph., Zur Beurteilung der Dienstfähigkeit auf Grund der Kriegserfahrung. Berl. klin. Woch. Nr. 49. S. 1172.

Neumann, Bemerkungen zur Organisationsfrage der Kriegsbeschädigtenfürsorge nach dem Kriege. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1583.

Newsholme, A., The relations of tuberculosis to war conditions. With remarks on some aspects of the administrative control of tuberculosis. Lancet Nr. 4912.

Pappenheimer, A. M., and J. H. Mueller, On the etiology of trench fever. Brit. med. Journ. Nr. 2963.

Pende, N., Sulle sindromi di debolezza nervosa e funzionale del cuore nei militari. Rivista crit. di clin. med. Nr. 38 u. 42.

Petschacher, L., Eine Fleckfieberepidemie in russischer Kriegsgefangenschaft. Wien. med. Woch. Nr. 49. S. 2182.

Phillips, J., On the closure of war wounds in home hospitals. Lancet Nr. 4910.

Pichler, A., Die Ophthalmia militaris in der k. u. k. Armee. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 26.

Pisani, S., Il grosso addome di guerra. Rivista crit. di clin. med. Nr. 42 u. 43.

Plehn, Zur Kenntnis des nervösen Kriegsherzens". Münchn. med. Woch. Nr. 52. S. 1654.

Pouliquen, E., Appareil d'évacuation pour fractures de cuisse. Presse méd. Nr. 72. S. 732.

Preminger, W., Weitere Beiträge zur Kriegsnephritis. Wien. klin. Woch. Nr. 47. S. 1481.

Richter, A., Kriegsneurose und Psychogenie. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1647.

Robertson, A. B., Further observations on the results of blood transfusion in war surgery. With a note by *C. Gordon Watson*. Brit. med. Journ. Nr. 2969.

Rudolf, R. D., The later history of cases of gunshot wounds of the chest, with retained missiles. Lancet Nr. 4915.

Sartory, A., Le traitement des plaies de guerre. Paris. Berger-Levrault, éd. 1 vol. in-16. 110 S., 6 Fig. u. 6 Tafeln. 2 frs.

Schlesinger, F., Über den Nachweis des Bleischadens nach Steckschuß. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 39.

Schneider, E., Skorbut im Felde. Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1981.

Schwiening, Organisation der Kur- und Bäderbehandlung in der deutschen Armee. Wien. med. Woch. Nr. 49. S. 2177.

Sergent, E., A propos du triage des tuberculeux aux armées. Presse méd. Nr. 1. S. 4.

Tatartscheff, Ch., Beobachtungen aus einem bulgarischen Feldlazarett. Med. Klin. Nr. 46. S. 1219.

Taylor, G., The story of a tooth-plate; an unusual war injury. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Thiele, Die Ergebnisse der neuzeitlichen Tuberkulosenforschung und das Mannschaftenversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906. D. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 66.

Thomschke, Über Anwendung der Sakralanästhesie im Feldlazarett. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1604.

Turner, Ph., The treatment of trench feet and allied conditions by *Bier's* method of passive hyperaemia. Lancet Nr. 4913.

Uffenorde und Much, Eine kriegsepidemiologische Beobachtung. D. med. Woch. 1918. H. 3. S. 57; H. 4. S. 96.

Verth, M. zur, Die Aufgaben des Schiffsarztes während des Seegefechtes. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 21. S. 569.

Waterhouse, H. F., W. Douglas Harmer and Ch. J. Marshall, Notes from the Anglo-Russian hospitals. Brit. med. Journ. Nr. 2962.

Weihmann, M., Das „Schlaufentuch", ein Mittel zum Transport Schwerverletzter vom Schlachtfelde bis ins Kriegslazarett. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1423.

Wenckebach, K. F., Über die Behandlung herzkranker Soldaten in Kurorten und Heilstätten. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 1. S. 1. 1918.

Williamson, R. T., The treatment of neurasthenia and psychasthenia following shell-shock. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Witte, E., Rentenhysterie und Kriegerheimstätten. Hyg 6. Jahrg. Nr. 11. S. 171.

Zimmern, A., et P. Pérol, Electrodiagnostic de guerre. Clinique. Conseil de réforme. Technique et interprétation. Collection Horizon (Masson et Cie., éd.). 1 vol. in-8. 155 S., 44 Fig. 4 frs.

21. Krankenpflege, Statistik usw.

Kroon, J. P. H., Eenige cijfers over de verhonding van mannen- en vrouwensterfte. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 18. S. 1674.

Lister, T. D., An introduction to a debate on the value and limitations of sanatorium treatment. Lancet Nr. 4916.

Meek, W. O., The value and limitations of sanatorium treatment as regards the working classes. Lancet Nr. 4917.

Methorst, Statistiek van de sterfte onder de mannen van 18—65 jaar met onderscheiding naar beroep en de positie daarin bekleed in verband met leeftijden en doodsvorzaken in de jaren 1908—1911. Nr. 247 der Bijdragen tot de Statistiek van Nederland ('s-Gravenhage, Gebrs. Belinfante. 1.75 Gulden).

Penris, P. W. L., Een nieuw hulpmiddel bij de graphische registratie van sterftecijfers. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 2161.

Woodhead, G. Sims, and P. C. Varrier-Jones, Experiences in colony treatment and aftercare. Lancet Nr. 4917.

22. Geschichte der Medizin, medizinische Geographie, Biographien.

Andel, M. A. van, Uit de laatste jaren der chirurgijnsgilden. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 19. S. 1778.

Andel, M. A. van, De kwakzalver in het oudhollandsche blijspel. Med. Weekbl. Bd. 24. Nr. 36. S. 577; Nr. 37. S. 593.

Bernstorff, Über Krätze in der Türkei während des Krieges. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1607.

Brieger, W., Zur Geschichte der physikalischen Heilmethoden. Materialien aus chemischen Quellenschriften. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. H. 11. S. 345.

Burgdörfer, F., Familienpolitik und Familienstatistik. Münchn. med. Woch. 1918. H. 2. S. 49.

Caullery, M., Les universités et la vie scientifique aux etats-unis. Paris. Armand Colin. XII—302 S. 4 frs.

Chaplin, A., The *Fitz Patrick* lectures on medicine in England during the reign of *George III*. Brit. med. Journ. Nr. 2968—2970.

Gils, J. B. F. van, De dokter in de oude Nederlandsche tooneelliteratuur. Inaug.-Diss. Leiden. November. de Erven F. Bohn, Haarlem. 184 S. mit 28 Abb. Ausführliches Literaturverzeichnis.

Götzl, A., Die Errichtung von selbständigen Universitätskliniken und Lehrstühlen für das Tuberkulosefach. Wien. klin. Woch. Nr. 48. S. 1520.

Hanssen, Geschichte der Ruhr in Schleswig-Holstein. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1511.

Holl, M., *Leonardo da Vinci.* Quaderni d'Anatomia V und VI. Arch. f. Anat. H. 1—3. S. 103.

Kleiweg de Zwaan, J. P., Völkerkundliches und Geschichtliches über die Heilkunde der Chinesen und Japaner mit besonderer Berücksichtigung holländischer Einflüsse. Natuurk. Verhandelingen v. d. Hollandsche Maatsch. d. Wetensch. Deel VII. Haarlem.

Klemm, Großstädte und Geschlechtskrankheiten. Hyg Nr. 12. S. 182.

Kley, J. J. van der, Ziekte beschrijving in kronieken uit de vijftiende eeuw. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 2. S. 100.

Kohlhaas, Feldlazarettordnung vor 120 Jahren. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 51. S. 551.

Lint, J. G. de, De besnijdenis bij de volken der oudheid. Med. Weekbl. Nr. 40. S. 641.

Medizinal-Kalender 1918. 2. Abteilung. Berlin 1918. August Hirschwald. LII u. 702 S.

Munk, J., Een Vlaamsche leringe van Orinen uit de veertiende eeuw. Inaug.-Diss. Leiden, November.

Mygind, H., Die Wasserversorgung Pompejis. Janus Bd. 22. H. 9 u. 10. S. 294.

Pielsticker, F., Die Malaria in Rumänien und ihre Bekämpfung bis zum Jahre 1916. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. Nr. 19. S. 317.

Saundby, R., The Harveian oration on *Harvey's* work considered in relation to scientific knowledge in his time. Brit. med. Journ. Nr. 2965. — Lancet Nr. 4913.

Schröder, H., Die älteste Kunde von Moskitonetzen? Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. Nr. 20 u. 21. S. 350.

Solbrig, Über Ruhrerkrankungen im Regierungsbezirk Königsberg während der Kriegsjahre. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 24. S. 653.

Thomas, A., *Jean Pitart,* chirurgien et poète. Janus Bd. 22. H. 9 u. 10. S. 279.

Troitzsch, R., Das Salz in der Kultur der Vorzeit. Kosmos H. 11. S. 279.

Zuiden, D. S. van, Een verklaring van Dr. *J. F. Helvetius.* Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 24. S. 2145.

Zuiden, D. S. van, Een notarieele verklaring ten nadeele van den chirurgijn *Cornelis Sasbout* (1600). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 2. Hälfte Nr. 25. S. 2208.

23. Technik.

Ansinn, K., Der Hebelstreckverband. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 4. S. 100.

Bamberger, J., Eine behelfsmäßige Augenpipette. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1423.

Bäron, A., Kunstbein zur Redression der Beugekontraktur des Unterschenkelstumpfes. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1527.

Bauer, F., Eine Arbeitsprothese für Handverstümmelungen. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1479.

Berczeller, L., Eine Mikromethode für serologische Reihenversuche. Wien. klin. Woch. 1918. Nr. 4. S. 100.

Bethe, A., Beiträge zum Problem der willkürlich beweglichen Armprothesen. Münchn. med. Woch. Nr. 51. S. 1625.

Bettmann, Die Käfigsonde und ihre Verwendung. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 3. S. 77.

Beykowsky, S., Eine neue Vorrichtung zum Schutze des lichtscheuen und operierten Auges. Wien. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 44.

Böhm, M., Über den Armersatz bei Landwirten. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 4. S. 99.

Campbell, J., A splint for the treatment of gunshot wounds involving the shoulder-joint. Brit. med. Journ. Nr. 2963.

Chalier, A., Nouvel appareil prothétique pour ostéo-synthèse (crampon extensible). Presse méd. Nr. 56. S. 585.

Cohn, T., Über die Zulässigkeit der Multo- und Pantostaten in der Praxis. Berl. klin. Woch. Nr. 48. S. 1158.

Ehebald, Eine neue Peroneusfeder. D. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 133.

Esser, J. F. S., Muskelplastik bei Amputationsstümpfen zwecks Steuerung und Fixierung der Prothese. D. med. Woch. Nr. 47. S. 1472.

Fauth, G., Eine Modifikation der Färbung nach *Gram.* D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 43.

Franke, K., Über Oberarmschienenverbände und eine zweckmäßige Art der Befestigung derselben. Bruns Beitr. Bd. 108. H. 1. S. 138.

Friedmann, E., Erneuerungsverfahren und Wiedergewinnungsverfahren von Agar aus gebrauchten Agarnährböden. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 133.

Friedmann, E., Hefenährböden. Münchn. med. Woch. 1918. H. 3. S. 76.

Friedmann, R., und H. Schaefer, Ein Mobilisationsapparat für das Ellenbogengelenk. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1421.

Fischer, E., Selbsttätige Kniefeststellvorrichtung für Beinprothesen. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 46.

Graeßner, R., und A. Wildt, Die Technik der Extensionsverbände bei der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten. 5. Auflage. Stuttgart. Ferd. Enke. 157 S. mit 1 Taf. u. 76 Abb. 6 Mk.

Gruber, G. B., Technische Kleinigkeiten für den Sekanten. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 28. Nr. 23. S. 596.

Hans, H., Eine einfache Handtuchschlinge als Zugverband bei Oberschenkelbrüchen. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 5. S. 135.

Hirsch, C., und O. A. Witzel, Über die Schärfe der Röntgenbilder und ihre Verbesserung. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 21.

Hoffmann, R. St., Über ein doppeltes Hüftscharnier für Oberschenkelprothesen. Münchn. med. Woch. Nr. 49. S. 1580.

König, F., Stützapparat für Radialis- und andere Lähmungen und Kontrakturen. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1528.

Lilienfeld, L., Die seitliche Aufnahme des Sternum. Wien. med. Woch. Nr. 45. S. 1975.

Linnartz, M., Eine unbekannte Art des Katgutsparens. Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 2. S. 20.

Löhmann, Das Mikroskop und seine Hilfsapparate. Hyg Nr. 12. S. 184.

Muirhead Little, E., General considerations on modern artificial limbs and their influence upon methods of amputation. Brit. med. Journ. Nr. 2965.

Münnich, Neue Formen von Schienenverbänden. D. med. Woch. 1918. Nr. 1. S. 14.

Neergaard, K. v., Grundregeln der Mikro-Photographie mit Angabe einer einfachen optisch-rationellen Apparatur. Zürich. Speidel & Wurzel. 58 S. 2 Mk.

Nonnenbruch, W., Zur Technik der Skarifikationen. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1477.

Nußbaum, A., Meßblech für Fingerbeweglichkeit. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1477.

Oppenheimer, Ein neuer, einfacher und sparsamer Augenverband. D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 43.

Osgood, B., Adaptation of *Thomas* and *Jones* splints to obtain fixation of the arm in an abducted position while the patient is ambulatory. Brit. med. Journ. Nr. 2963.

Porritt, N., An inquest on a leg. Brit. med. Journ. Nr. 2963.

Regener, E., Über die Schärfe der Röntgenbilder und ihre Verbesserung. Münchn. med. Woch. Nr. 47. S. 1518.

Reichart, A., Ein einfacher Behelf zur frühzeitigen Mobilisierung der Finger. D. med. Woch. Nr. 45. S. 1423.

Remy, A., A. Cantonnet, H. Vatry et E. Blum, Le diploscope. Paris. Maloine et fils, éd. 1 vol. 170 S., 71 Fig. 6 frs.

Rogge, H., Bluttransfusion von Vene zur Vene. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1602.

Savariaud, M., Masque improvisé hermétique et tenant tout seul, permettant de donner à volonté le chlorure d'éthyle, l'éther, le chloroforme purs on mélangés. Presse méd. Nr. 55. S. 571.

Seitz, W., Über ein Verfahren „angestochene" Röntgenröhren wieder gebrauchsfähig zu machen bzw. bei neuen Röhren das „Anstechen" zu verhüten. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1477.

Sighart, A., Der Röntgenapparat in den Heil- und Pflegeanstalten. Psych.-neur. Woch. Nr. 37 u. 38. S. 239.

Strauß, H., Zur Röntgenuntersuchung der Fundusregion des Magens. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 4. S. 93.

Vieser, L., Operationstisch. D. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 44.

Wachtel, H., Röntgenologische Lagebestimmung der Steckgeschosse mit Hilfe des faradischen Stromes. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 2. S. 37.

Warnekros, K., Die Beseitigung der Röntgengase durch Absaugeentlüftung. Münchn. med. Woch. Nr. 50. S. 1605.

Wederhake, Überpflanzung (Transfusion) von Blut. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 45. S. 1471.

Wildt, A., Zusammenstellung von Gelenkübungsapparaten in strahlenförmig von einer Mittelachse ausgehenden Segmenten. Münchn. med. Woch. Feldärztl. Beil. Nr. 46. S. 1510.

Willems, Ch., Un appareil à extension sur vis. Presse méd. Nr. 69. S. 706.

Wilms, M., Das Sehrtsche Kompressorium als Ersatz bei der Esmarchschen Konstriktion. Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 3. S. 34.

Wimberger, H., Das Sohlenbrett. Wien. klin. Woch. Nr. 52. S. 1651.

24. Sexualwissenschaft.

v. Behr-Pinnow, Mutterschaftsversicherung. Umschau Nr. 50. S. 867.

Blum, G., Die Frauenfrage in England. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 6. S. 191.

Boruttau, H., Die Steinachschen Forschungen über Pubertätsdrüsen und Geschlechtsmerkmale. D. med. Woch. Nr. 46. S. 1454; Nr. 47. S. 1484.

Göhre, P., Der Krieg und die Geschlechter. Die neue Generation H. 12. S. 533.

Grassl, Zur Frage der „widernatürlichen Unzucht". Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 21. S. 581.

Horney, K., Die Technik der psychoanalytischen Therapie. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 6. S. 185; H. 7 u. 8. S. 221.

Kirchhoff, A., Erziehung zur sexuellen Verantwortlichkeit. Die neue Generation Nr. 10. S. 419.

Koenigstein, R., Versuche zur Vorherbestimmung des Geschlechts. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. S. 1097.

Kraepelin, Geschlechtliche Verirrungen und Volksvermehrung. Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 6. S. 117.

Lenz, F., Überblick über die Rassenhygiene. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 10. S. 16.

Lipschütz, A., Pubertätsdrüsen und Sexualität. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 7 u. 8. S. 209.

Marcinowski-Sielbeck, J., Zur Psychologie der Liebeswahl und des angeborenen Sexualcharakters. Die neue Generation H. 12. S. 511.

Müller-Lyer, F., Adel und Zuchtwahl. Die neue Generation Nr. 10. S. 438.

Pick, F., Über Sexualstörungen im Kriege. Wien. klin. Woch. Nr. 45. S. 1418.

Rohleder, H., Heilung von Homosexualität und Impotenz durch Hodeneinpflanzung. D. med. Woch. Nr. 48. S. 1509.

Schmitt, A., Ehe und Treue. Die neue Generation Nr. 10. S. 451.

Schultze, E., Englische Sexualprüderie. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 6. S. 199.

Teilhaber, F. A., Vom kommenden Frauenüberschuß. Die neue Generation Nr. 11. S. 484.

Verweyen, J. M., Mystik und Erotik. Die neue Generation Nr. 11. S. 465.

Werber, J., Reformation oder Revolution? Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Bd. 18. Nr. 4. S. 109.

Zude, W., Die phylogenetische Entwicklung des hominiden Genitalapparates. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 7 u. 8. S. 228.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. ASCH-Straßburg; Prof. BACHEM-Bonn; Priv.-Doz. Dr. BLUM-Wien; Dr. BRAUNS-Dessau; Dr. BRÜCKNER-Dresden; Dr. BRÜTT-Hamburg; Dr. CORDES-Berlin; Prof. CORDS-Bonn; Prof. DITTLER-Leipzig; Dr. FISCHER-DEFOY-Dresden; Prof. FLATAU-Berlin; Prof. FLURY-Berlin-Dahlem; Dr. FRAENKEL-Heidelberg; Priv.-Doz. Dr. FRÜND-Bonn; Dr. GANTER-Wormditt; Dr. GEPPERT-Hamburg; Prof. GRUBE-Bonn (Neuenahr); Dr. HAHN-Baden-Baden; Prof. HEIMANN-Breslau; Zahnarzt HEYDEN-Bonn; Prof. HIRSCH-Göttingen; Prof. HOFFMANN-Düsseldorf; Prof. HÜRTER-Mainz; Priv.-Doz. Dr. ISAAC-Frankfurt a. M.; Ob.-Stabsarzt Dr. JAEHN-Breslau; Priv.-Doz. Dr. JOLLY-Halle a. S.; Dr. JUNKERSDORF-Bonn; Dr. KADNER-Dresden; Dr. KANKELEIT-München; Prof. KAUFMANN-Göttingen; Dr. KAUTZ-Hamburg; Dr. KINDBORG-Bonn; Prof. G. KLEMPERER-Berlin; Dr. KLIEN-Leipzig; Dr. KLOTZ-Schwerin; Prof. KÖLLNER-Würzburg; Dr. KÖNIGSFELD-Freiburg i. Br.; Dr. LAMERS-Herzogenbusch; Prof. LANGE-Göttingen; Prof. LENZMANN-Duisburg; Prof. MATTHES-Königsberg; Priv.-Doz. Dr. MELCHIOR-Breslau; Dr. MEYER-SCHÄFER-Zürich-Kilchberg; Prof. MEYER-STEINEG-Jena; Prof. MORITZ-Köln; Dr. MÜHLSTEIN-Prag; Prof. NIPPE-Erlangen; San.-Rat Dr. v. NOORDEN-Homburg; Prof. PUPPE-Königsberg i. Pr.; Dr. RICHARZ-Bonn; Prof. RIECKE-Göttingen; Prof. RIETSCHEL-Dresden; Prof. RUMPF-Bonn; Dr. SCHLESS-Marienbad; Dr. SCHLICHTING-Kassel; Dr. SCHMEY-Berlin; Dr. SCHMIDT-Andernach; Dr. SCHÖLER-Berlin; Prof. SCHULTZE-Göttingen; Prof. SIEGERT-Köln; Prof. SOBOTTA-Königsberg; Prof. STICKER-Münster i. W.; Prof. STRASBURGER-Frankfurt a. M.; Dr. STROMEYER-Göttingen; Prof. v. STRÜMPELL-Leipzig; Prof. SUDHOFF-Leipzig; Prof. TILMANN-Köln; Dr. TOFF-Braila; Dr. TOSETTI-ZIEGLER-Bonn; Priv.-Doz. Dr. VESZI-Bonn; Prof. VULPIUS-Heidelberg; Priv.-Doz. Dr. WAGNER-Leipzig; Ob.-Med.-Rat Dr. WALZ-Stuttgart; Dr. WEHRSIG-Aachen; Dr. F. WEIL-Beuthen O. S.; Dr. WEINBERG-Magdeburg; Dr. WEINBERG-Rostock; Prof. WIDENMANN-Berlin; Prof. ZINSSER-Köln.

85. JAHRGANG BAND 327 HEFT 4
APRIL 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher
der
in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang Band 327 April 1918

A. Auszüge.

I. Militärmedizin.

428. **Beitrag zur Behandlung von Erschöpfungszuständen bei Kriegsmaroden und -Verletzten;** von S. Lissau. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 498.)

Es lassen sich leicht 3 verschiedene Formen oder Hauptgruppen der Defatigatio universalis aufstellen: 1. Eine rheumatoide, 2. eine nervöse Form, 3. eine Form mit prävalierenden Störungen am Zirkulationsapparat. Allen 3 Formen gemeinsam ist Gewichtsverlust mit allgemeiner Blutarmut, Schlaffheit der Muskulatur, dekrepidem, oft geradezu senilem Aussehen, Schlaflosigkeit, Darniederliegen des Appetits, Neigung zu Durchfällen.

L. brauchte in allen Fällen Validol mit gutem Erfolg. Schlichting (Kassel).

429. **Über die Behandlung der Kriegshysteriker;** von K. Goldstein. (Med. Klin. 1917. Nr. 28. S. 751.)

Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden und Schilderung seiner schon früher veröffentlichten Methode der Behandlung mit Chloräthyl unter systematischen suggestiven Maßnahmen, wobei jetzt die Scheinoperation offenbar in Wegfall gekommen ist. Jolly (Halle).

430. **„Traumatische Neurosen" bei Kriegsgefangenen;** von Hörmann. (Med. Klin. 1917. Nr. 26. S. 707.)

H. war 1 Jahr in Frankreich gefangen. So häufig er die Neurosen bei den Franzosen sah, so selten war sie bei den Deutschen. Im Laufe der Zeit sah er allmählich Neurosen auftreten, und zwar anscheinend unter dem Einfluß der Internierungsmöglichkeit in der Schweiz. Jolly (Halle).

431. **Über Unfall- und Militärneurosen;** von Ch. Straßer. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 9. S. 257.)

Die im Krieg, im Militärdienst, vorgekommenen Neurosenformen seien nur insofern als Folgen des Krieges und der Militärpflicht zu betrachten, als die Umwälzverhältnisse der Imaginationstätigkeit den formierenden Stoff über die Symptome bieten. Abgesehen davon aber sei jeder Fall individuell konstelliert und nur von dieser Auffassung aus verfolgt und durchdacht verständlich. Die therapeutische Schwierigkeit liege in den erschwerten Lebensbedingungen und den sich widerstreitenden Fiktionen altruistischer und egoistischer Tendenzen, in den Konflikten, die zwischen Staatspflicht und Individualität erwachsen. Jolly (Halle).

432. **Tuberkulose und Kriegsdienst;** von O. Müller. (Württemb. Korr.-Bl. 1917. Nr. 13. S. 134.)

Man gewinnt im ganzen den Eindruck, daß schwere, nicht mehr besserungsfähige Tuberkulosen allmählich häufiger werden.

Wollen wir nicht durch den Krieg einen bösen Rückschlag unserer allgemeinen Tuberkulose-Morbidität und Mortalität erleben, so müssen von Lazarett- und Truppenärzten folgende Punkte im Auge behalten werden:

1. Jeder unklare Fall mit abnehmendem Körpergewicht oder leichten Temperatursteigerungen muß auch unter dem Gesichtswinkel des Tuberkuloseverdachtes betrachtet werden.
2. Reicht die eigene Erfahrung bei wiederholter gründlicher Untersuchung nicht zur Klärung der Frage, so ist eine Tuberkulosebeobachtungsstation in Anspruch zu nehmen, bei welcher der Kranke vorzumerken ist.
3. Die Heilstätten sind in erster Linie für Leichtkranke des ersten oder zweiten Stadiums zu reservieren, damit ihr Nutzeffekt ein möglichst großer ist.
4. Weiter fortgeschrittene Fälle werden mit Vorteil einige Zeit in passenden, mit Tuberkuloseabteilungen versehenen Bezirkskrankenhäusern behandelt. Sehr häufig läßt sich der Status quo ante, oder doch eine wesentliche, sich ihm annähernde Besserung erzielen.
5. Aussichtslose Fälle kommen rasch in die Sammelstellen für Schwertuberkulöse und werden von dort aus zweckentsprechend weiterdirigiert bzw. finden dort ihr Asyl.
6. Auf die offenen Tuberkulosen ist im Interesse des gesunden Nachwuchses besonderes Augenmerk zu richten. Schlichting (Kassel).

433. **Die militärärztliche Beurteilung der Herzkrankheiten;** von O. Minkowski. (Med. Klin. 1917. Nr. S. 325.)

M. teilt die Fälle in 3 Gruppen: 1. fortschreitende organische Veränderungen, 2. vorübergehende und heilbare, 3. vermeintliche Herzkrankheiten.

Ausgehend von dieser Grundlage bespricht er eingehend die einzelnen Möglichkeiten der Militärverwendung, und betont die Steigerung der Leistungsfähigkeit des Herzens durch Heranziehung zur Arbeit

bei den einzelnen geeigneten Fällen. Betont wird besonders das individuelle Vorgehen.

Die weiteren Einzelheiten der Arbeit sind nur aus dem Original zu ersehen. Cordes (Berlin).

434. **Erfahrungen bei Kriegsnephritis;** von G. Wiedemann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 20. S. 620.)

Aus der Mitteilung über 83 Fälle sei hervorgehoben, daß *unter den Anfangssymptomen die Ödeme besonders häufig* beobachtet wurden, dann Nierenschmerzen und seltener ausgesprochene Hämaturie (57,8%). Urämische Erscheinungen in der ersten Woche boten 10,8% der Fälle. Die Funktionsprüfung ließ ausgesprochene Störungen des Konzentrationsvermögens und der Jodausscheidung nicht erkennen. Der Eiweißgehalt des Harns war meist gering. Im Sediment waren fast regelmäßig rote Blutkörperchen zu finden. Einmal wurde eine Retinitis albuminurica, einmal eine Anzahl punktförmiger Blutungen in der Retina beobachtet. *In allen Fällen mußte Glomerulitis angenommen werden.* Bei einer zweiten viel kleineren Gruppe bot sich ein fast rein nephrotisches Bild mit hoher Eiweißausscheidung, starker Ödemneigung, niedrigem Blutdruck. Eine dritte Gruppe umfaßt Übergangsformen. Da alle Fälle Glomerulonephritiden sind, ist eine Infektion als primum nocens anzunehmen; daneben spielen aber thermische Schädigungen eine wesentliche Rolle. Kadner (Dresden-Loschwitz).

435. **Folgezustände der Kriegsnephritis;** von H. Zondek. (Med. Klin. 1917. Nr. 10. S. 273.)

Das spätere Stadium der Kriegsnephritis entspricht im ganzen dem 2. Stadium der diffusen Glomerulonephritis.

Das Wasserausscheidungsvermögen deutet auf seine Läsionen hin. Über das 3. Stadium läßt sich zur Zeit noch nichts aussagen.

Nur auf Grund exaktester Funktionsprüfung kann die Frage der militärischen Verwendbarkeit entschieden werden. Cordes (Berlin).

436. **Ursache und Übertragung der Kriegsnephritis;** von H. Töpfer. (Med. Klin. 1917. Nr. 25. S. 671.)

T. berichtet über das epidemische Auftreten der Kriegsnephritis. Beschreibt anaërobe Bakterien, die er hauptsächlich in Läusen fand, die auf Nephritikern sich befanden und die er in Beziehung zur Krankheit bringt. Er glaubt die Krankheit veranlaßt durch ein Eindringen des gesunden Organismus in die Kapillaren, die im ganzen Körper erkranken. Jedenfalls sieht T. die sog. Ödemkrankheit oder Kriegsnephritis als eine bisher unbekannte Infektionskrankheit an. Cordes (Berlin).

437. **Zur Ätiologie der Kriegsnephritis;** von N. Weigel. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 1274.)

W. sah in 3 Monaten 80 Fälle von Kriegsnephritis. *In 58 Fällen bestand Tonsillitis.* Das nicht leichte Krankheitsbild klang unter Bettruhe, Milchdiät usw. in 8—10 Tagen ab. Fast immer war die Temperatur normal. W. nimmt an, daß Tonsillitis und Nephritis eine gemeinsame Ursache hatten. Nasse Witterung und feuchte Unterstände spielen bei der Entstehung nur eine untergeordnete Rolle. *Bei vielen Kranken war anamnestisch das Überstehen einer Infektionskrankheit festzustellen,* die ein Punctum minoris resistentiae hinterlassen haben möge, das zum Angriffspunkt für eine leichte Infektionskrankheit geworden sei. Kadner (Dresden-Loschwitz).

438. **Kriegsverletzungen und Kriegserkrankungen der Augen;** von Distler. (Württemb. Korr.-Bl. 1917. Nr. 14. S. 149.)

Die Schädelschüsse im allgemeinen, also auch wenn sie nicht den Bulbus oder Sehnerven direkt treffen, haben ebenfalls in einer großen Zahl der Fälle direkte Einwirkung auf das Sehorgan. Die Verletzungen können dabei an jeder beliebigen Stelle des Schädels sitzen, die Mitbeteiligung des Sehorgans erfolgt durch Fernwirkung, am häufigsten in der Form der Neuritis optica und der Stauungspapille. Bei eitriger Meningitis ist Neuritis optica regelmäßig.

Die Stauungspapille ist aufzufassen als absolut sicheres Zeichen erhöhten intraokularen Druckes, die Neuritis optica als Zeichen einer Meningitis, einer Enzephalitis, eines Hirnabszesses.

Eine beträchtliche Anzahl von Hinterhauptschüssen ist gefolgt von einer schweren Sehstörung ohne eigentlichen Spiegelbefund, von der Hemianopsie.

Es ist mit Bestimmtheit zu erwarten, daß bei der großen Zahl der durch den Krieg einäugig Gewordenen im Laufe der Jahre irgendwelche Erkrankungen, auch entzündliche, eines verbliebenen Auges auftreten, und daß diese Kranken den Versuch machen werden, ihr Leiden als spätere Kriegsfolge anerkannt zu sehen. Dem muß vorgebeugt werden.

Die Hemeralopie zeigt ein auffallend häufiges Vorkommen.

In der ungarischen Armee hat man die trachomkranken Mannschaften in eigene Trachomkompagnien gesammelt. Schlichting (Kassel).

439. **Zur Technik der Oberschenkelamputation in der Kriegschirurgie;** von R. v. Baracz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 22. S. 474.)

Anstatt der Kauschschen lineären Amputation am Oberschenkel empfiehlt v. B. den Haut-Muskel-Lappenschnitt mittels der Ausstichmethode. Da er sich jedoch überzeugte, daß bei der gewöhnlichen Transfixionsmethode die Haut sich stärker als die Muskulatur zurückzieht, und die Muskeln gewöhnlich über den Hautrand vorstehen, gewinnt v. B. auf einfache Weise eine kleine Hautmanschette. Die Einzelheiten der von v. B. geübten Technik müssen im Originale nachgelesen werden. Der Vorwurf, der der Lappenmethode mittels Ausstich gewöhnlich gemacht wird, daß hierbei die Gefäße schief und an mehreren Stellen durchschnitten werden, daß die Nachblutung dadurch öfter eintritt, und daß solche Lappen schlecht ernährt werden, ist — die richtige Ausführung der Operation vorausgesetzt — nicht berechtigt. Die Operation läßt sich sehr schnell ausführen und schafft dabei einfache Wundverhältnisse, wie die lineäre Amputation, hat aber nicht ihre Schattenseiten. Auch die Wunde heilt nicht langsamer wie bei der gewöhnlichen Methode. Als Normalmethode am Unterschenkel, am Ober- und Unterarm betrachtet v. B. den zweizeitigen Zirkelschnitt, eventuell Bildung zweier Hautlappen und Zirkelschnitt. Wagner (Leipzig).

440. **Kleine Kriegschirurgie;** von Fr. J. Kaiser. (Würzb. Abh. Bd. 16. H. 7.)

Die kleine Broschüre enthält manch guten praktischen Wink für den Nichtchirurgen, der durch die Kriegsverhältnisse gezwungen ist, sich auf diesem Gebiet zu betätigen; naturgemäß werden nur diejenigen Verhältnisse berücksichtigt, wie wir sie in den Heimatlazaretten vorzufinden pflegen. Daß K. jedoch die Nervenoperationen nach Schußverletzungen mit zur kleinen Chirurgie rechnet, dünkt uns doch etwas zu weit gegangen; erfahrungsgemäß pflegen gerade so

manche komplizierte Nervennähte die höchsten Anforderungen an das chirurgische Können zu stellen.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

441. Über die Infektion der Kriegswunden, latenten Mikrobismus und ruhende Infektion; von Hart. (Med. Klin. 1917. Nr. 27. S. 727.)

H. betont, daß am besten jede Schußwunde als infiziert zu betrachten ist, um Überraschungen vorzubeugen. Er berichtet im Anschluß daran an bakteriologischen Untersuchungen an frischen Schußwunden und eigener Beobachtungen u. a. an, wie H. sich ausdrückt, „noch nicht zur Ruhe“ gekommenen Narben. Er bespricht die Wichtigkeit mechanischer Momente bei Wiederbelebung noch nicht abgeheilter Eiterungsvorgänge.
Cordes (Berlin).

442. Das Vorkommen der Pferderäude bei dem Menschen und ihre Bekämpfung bei der Truppe; von Reif. (Med. Klin. 1917. Nr. 27. S. 738.)

Beste Bekämpfung der nachweisbar vom Tier auf den Menschen zu übertragenden Pferderäude ist die Prophylaxe, dann Perugen-, Kresolseifeneinreibungen, Desinfektion.
Cordes (Berlin).

II. Mikrobiologie und Serologie.

443. Bakteriologische Untersuchungen bei Ozaena; von H. Koenigsfeld. (D. med. Woch. 1917. S. 236.)

In Übereinstimmung mit den gleichzeitig von Amersbach durchgeführten klinischen Untersuchungen ergibt sich, daß nichts dafür spricht, daß dem Bac. foetidus ozaenae Perez eine spezifische Bedeutung für die Ätiologie der Ozaena zukommt.
Autoreferat.

444. Über diphtherieähnliche Bazillen bei chronischer Bronchitis; von H. Landau. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 457.)

Bei einem Fall von sehr hartnäckiger Bronchitis wurden regelmäßig im Sputum reichlich Bazillen gefunden, die sich morphologisch und kulturell im allgemeinen wie echte Diphtheriebazillen verhielten, im Tierversuch aber negativ waren. Wahrscheinlich handelt es sich um echte avirulente Diphtheriebazillen.
Koenigsfeld (Freiburg).

445. Die spezifische Entfärbung der Diphtheriebazillen nach Langer; von Jacobitz. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 138.)

Der Wert der von Langer angegebenen spezifischen Entfärbung der Diphtheriebazillen — Gramnegativwerden bei 15 Minuten dauernder Entfärbung in absolutem Alkohol im Gegensatz zu den Pseudodiphtheriebazillen — ist wohl nur als ein bedingter anzusehen. Die Langersche Methode bedarf hinsichtlich ihrer differentialdiagnostischen Bedeutung noch eingehender Nachprüfung.
Koenigsfeld (Freiburg).

446. Die Keimzahl des Blutes schutzgeimpfter und ungeimpfter Typhuskranker; von O. Landsberger. (Med. Klin. 1917. S. 306.)

Durch die Schutzimpfung wird die Mortalität des Typhus abdominalis herabgesetzt, schon darum, weil die Zahl der leichten und abortiven Fälle verhältnismäßig größer ist als ohne Schutzimpfung.

Nach Untersuchungen von L. über die Keimzahl im Blute Typhuskranker ist eine hohe Keimzahl (über 100 Keime in 2 ccm Blut) bei Ungeimpften mit einer schlechten Prognose verbunden, während Schutzgeimpfte selbst bei hoher Keimzahl gute Prognose geben.
Koenigsfeld (Freiburg).

447. Über Paratyphus-Bakterien im Blute bei ruhrähnlichen Erkrankungen in der Türkei; von P. Neukirch. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 360.)

In Ostanatolien kommen ungewöhnlich zahlreiche Durchfallerkrankungen vor. Eine Art leicht verlaufender Diarrhöen dürfte durch Trichomonas coli verursacht werden. Typhus, Paratyphus A und B scheinen bei türkischen Soldaten selten vorzukommen. Die vollständig durchgeführte Typhusimpfung kann diese Tatsache nur zum Teil erklären. 50mal wurde ein Paratyphus-Bakterium aus der Gläßer-Voldagsen-Gruppe festgestellt bei typhösen und ruhrähnlichen Krankheitsbildern. 7mal wurde es im Stuhl, sonst im Blut, bzw. in den Organen gefunden. Seine ätiologische Bedeutung steht für die typhösen Krankheitsfälle fest, ist für die Fälle von Colitis ulcerosa infectiosa wahrscheinlich. Koenigsfeld (Freiburg).

448. Über Mundamöben und ihre pathologische Bedeutung; von W. Fischer. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 28. S. 281. 1917.)

In der Mundhöhle finden sich bei Gesunden in der Mehrzahl der Fälle Amöben, nämlich Entamoeba buccalis; bei Chinesen häufiger als bei Europäern. In Fällen von Zahnkaries wurden Amöben nicht häufiger angetroffen als bei Leuten mit gesunden Zähnen. Bei Alveolarpyorrhöe finden sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Amöben, meist vom Typus der Entamoeba buccalis. In der warmen Jahreszeit scheinen die Amöben in der Mundhöhle häufiger zu sein als in der kalten. Die Entamoeba buccalis ist morphologisch der Ruhramöbe sehr ähnlich und in vielen Fällen morphologisch schwer oder gar nicht von ihr zu unterscheiden. Es sind bis jetzt keine Beweise dafür erbracht, daß die Amöben der Mundhöhle eine pathogene Rolle spielen; vielleicht machen hiervon eine Ausnahme die von Kartulis beschriebenen Fälle von Kieferabszessen. Die Amöben bei der Alveolarpyorrhöe sind anscheinend identisch mit der Entamoeba buccalis und sind nicht als die Ursache dieser Affektion anzusehen. In seltenen Fällen werden Ruhramöben und deren Zysten auch in der Mundhöhle angetroffen. Es besteht kein Parallelismus zwischen Amöbenbefund im Mund und Amöbenbefund im Stuhl.
Koenigsfeld (Freiburg).

449. Beiträge zur „Rickettsien“-Frage; von R. Otto und Dietrich. (D. med. Woch. 1917. S. 577.)

In Läusen, die Fleckfieberkranken angesetzt waren, konnten die wiederholt beschriebenen Gebilde — „Rickettsien“ — nachgewiesen werden. Die besten Resultate wurden erzielt, wenn mit der Ansetzung der Läuse zwischen dem 5. und 7. Krankheitstage begonnen wurde und die Läuse mindestens 8—10 Tage Gelegenheit zum Saugen hatten. In keinem Falle konnte nachgewiesen werden, daß das Virus auf die Jungen infizierter Läuse übergeht. Aufschwemmungen von Läusen mit rickettsienhaltigem Darminhalt rufen nach der Übertragung auf Meerschweinchen ähnliche

Infektionen hervor, wie sie nach der Übertragung von virushaltigem Blut beobachtet werden. Durch Vorbehandlung von Kaninchen mit rickettsienhaltigen Aufschwemmungen konnten Sera gewonnen werden, die diese Aufschwemmungen spezifisch agglutinierten. Das Serum von Fleckfieberkranken und -Rekonvaleszenten besitzt meist deutlich nachweisbare spezifische Agglutinine gegenüber den Rickettsien.

Die Untersuchungen scheinen dafür zu sprechen, daß die Rickettsia Prowazeki endgültig als der Erreger des Fleckfiebers anzusehen ist.

Koenigsfeld (Freiburg).

450. **Beobachtungen über die agglutinierende Wirkung spezifischer Ruhrsera auf andersartige Bakterien aus den Stühlen Ruhrkranker;** von Sachs-Müke. (Med. Klin. 1917. S. 155.)

Es besteht die Möglichkeit, daß nicht nur paragglutinable Stämme im Sinne Kuhns, sondern auch dauernd hoch in einem fremden Artserum agglutinierende Bakterien auch bei rasch, innerhalb weniger Tage zur Genesung führenden, ansteckenden Darmkrankheiten entstehen. Die Ansicht ist daher gerechtfertigt, daß die Paragglutination vom bakteriologischen Standpunkte aus die klinische Diagnose ergänzt. Die Paragglutination gewinnt auch Bedeutung für die Feststellung abgelaufener verdächtiger Erkrankungen.

Koenigsfeld (Freiburg).

451. **Die Paragglutination von Kolibakterien mit Ruhrserum;** von A. Flatzek. (D. med. Woch. 1917. S. 200.)

Neben den gewöhnlichen paragglutinierenden Kolistämmen im Sinne von Kuhn und Woithe, die durch Vergänglichkeit der Agglutinabilität gekennzeichnet sind, gibt es auch solche, die dauernd agglutinabel bleiben. Extrakte von derartigen Stämmen rufen beim Komplementbindungsversuch teilweise starke Hemmung in den heterologen Sera hervor. Durch den Castellanischen Versuch lassen sich mitagglutinierte von paragglutinierten Bakterien unterscheiden: erstere sättigen nur die eigenen unspezifischen Nebenagglutinine ab, letztere machen das betreffende Serum für den Hauptstamm inagglutinabel. Das ist wahrscheinlich dadurch zu erklären, daß die paragglutinierenden Kolibazillen sich aus 2 Antigengruppen, den Koli- und den Ruhrantigenen, zusammensetzen.

Koenigsfeld (Freiburg).

452. **Zur Seradiagnostik des Fleckfiebers;** von H. Sachs. (D. med. Woch. 1917. S. 964.)

Die Agglutinationsfähigkeit einer H 19-Aufschwemmung mit Fleckfieberserum wird durch einstündiges Erhitzen auf 55° fast vollständig aufgehoben. Dagegen erscheint sie bei einer Steigerung der Temperatur auf 60° wieder und ist auch beim Erhitzen auf 100° etwa in gleicher Stärke erhalten. Die besten Bedingungen scheinen bei einstündigem Erhitzen auf 80° zu liegen. Durch Verwendung erhitzter Aufschwemmungen kann der Titer gelegentlich schon nach kurzfristiger Beobachtung gegenüber den lebenden Bazillen gesteigert werden. Bei erhitzten Bazillen tritt eine grobklumpige Art der Agglutination auf, so daß man bei der Beurteilung schwacher Agglutinationstiter weniger im Zweifel ist als bei der Verwendung lebender Bazillen.

Koenigsfeld (Freiburg).

453. **Zur Ätiologie der Weil-Felixschen Reaktion;** von G. Wolff. (D. med. Woch. 1917. S. 1507.)

Unter 78 Fällen von Fleckfieber konnten 8mal Proteusbazillen im strömenden Blut nachgewiesen werden, also in 10%. Der Proteus scheint zum Fleckfiebervirus in einem ähnlichen Verhältnis zu stehen wie der Bac. suipestifer zum Virus der Schweinepest. Die Weil-Felixsche Reaktion ist demnach als der Ausdruck einer gleichzeitig mit dem Fleckfieber einhergehenden Proteusmischinfektion aufzufassen. Wie die Widalsche Reaktion beim Typhus wird sie meist erst zu einer Zeit positiv, zu der die sie veranlassenden Bazillen im Blute schon schwerer nachweisbar sind. Die Weil-Felixsche Reaktion bleibt noch lange nach dem Überstehen der Krankheit schwach positiv (1 : 50 bis 1 : 100). Dieser Titer besagt demnach, daß der Patient entweder im Beginn einer Fleckfiebererkrankung steht oder eine solche früher einmal überstanden hat. Mit Rücksicht auf die weite Verbreitung des Fleckfiebers auf dem östlichen und südöstlichen Kriegsschauplatz ist an die letztere Möglichkeit stets zu denken.

Koenigsfeld (Freiburg).

454. **Über die Weil-Felixsche Proteus-Reaktion mit dem Harne Fleckfieberkranker;** von F. Ballner und A. Finger. (Wien. klin. Woch. Bd. 30. S. 966. 1917.)

Der Harn Fleckfieberkranker enthält, wenn das Krankheitsbild mit Nephritis kompliziert ist, Agglutinine für den Proteusstamm H 19.

Koenigsfeld (Freiburg).

455. **Zur Bewertung der Weil-Felixschen Fleckfieber-Reaktion;** von A. Arnstein. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 409.)

Nach eigenen Erfahrungen bestätigt A. den Wert der Weil-Felixschen Reaktion für die Diagnose des Fleckfiebers. Bei Bewertung einer im Verlaufe einer fieberhaften Erkrankung auftretenden, schwach positiven (bis 1 : 100) Weilschen Reaktion bei Leuten, bei denen die Möglichkeit einer schon früher überstandenen Fleckfieberinfektion besteht, ist Vorsicht geboten; es kann anscheinend vorkommen, daß bei Fleckfieberrekonvaleszenten eine bereits negative Reaktion während einer fieberhaften Erkrankung zumindest in niederen Titergraden wieder positiv wird.

Koenigsfeld (Freiburg).

456. **Die klinische Bedeutung der Weil-Felixschen Reaktion;** von V. Viteček. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 967.)

Die ansteigende Weil-Felixsche Agglutination kommt nur bei Fleckfieber vor. Die positive Weil-Felixsche Reaktion kommt nach dem Material von V. in 8,43% bei Kontrollen in der Verdünnung 1 : 25 vor; äußerst selten ist hier eine schwach positive Reaktion von 1 : 50 zu konstatieren und bleibt hier ohne Schwankungen. Es konnte keine bestimmte Erkrankung eruiert werden, bei welcher die normale Agglutination gehäuft aufgetreten wäre. So gaben sicherlich die Typhen und Paratyphen die Normalagglutination nicht häufiger als andere Erkrankungen oder Gesunde. Eine stark positive Reaktion von 1 : 50 spricht für Fleckfieber. In zweifelhaften Fällen wird hier eine Zunahme der Agglutination die Entscheidung bringen. Doch sind bei Fleckfiebererkrankung die Agglutinationswerte mit H 19 meist viel höher. Nur selten wird ein Titer von 1 : 200 nicht überschritten. In der Regel ist die Reaktion über 1 : 1000 positiv.

Koenigsfeld (Freiburg).

457. **Beitrag zur Weil-Felixschen Reaktion;** von St. Sterling und K. Sterling. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 972.)

Die Weil-Felixsche Reaktion fällt in 96% der Fleckfieberfälle positiv aus, in 4%, abhängig von der Krankheitsperiode, dem Alter und dem Zustand des

Kranken, negativ. In ca. 4% von Fleckfieberfällen fällt die Gruber-Widalsche Reaktion auf Typhus und Paratyphus B in Verdünnung 1 : 50 und 1 : 100 positiv aus. In 2 Fällen von Abdominaltyphus — d. h. nach dem von den Vff. beobachteten Material in ca. 2% — fiel die Weil-Felixsche Reaktion (in Verdünnung 1 : 200) positiv aus. Die Weil-Felixsche Reaktion ist spezifisch für Fleckfieber; sie tritt gewöhnlich Ende der ersten oder Anfang der zweiten Woche zu diagnostischen Zwecken hervor. Das allmähliche Steigen des Titers im Laufe von wenigen Tagen spricht aller Wahrscheinlichkeit nach für Fleckfieber. Als Titer für die Differentialdiagnose muß nach den Vff. die Verdünnung 1 : 200 angenommen werden, da in Verdünnung 1 : 100 die Reaktion auch bei Abdominaltyphus ziemlich oft positiv ausfällt. Das Serum des Fleckfieberkranken erreicht seinen höchsten Titer gegen Ende der zweiten Woche und in den ersten Tagen der Entfieberungsperiode. Mit der Zeit nimmt der Titer allmählich ab. Zur Ausführung der Reaktion soll der empfindliche Stamm H 19 verwendet werden.

Koenigsfeld (Freiburg).

458. **Beiträge zur Weil-Felixschen Reaktion nebst Beobachtungen über die Gruber-Widal-Reaktion bei Flecktyphus;** von P. Mühlens und D. Stojanoff. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. S. 213. 1917.)

Unter 225 Untersuchungen bei 178 Personen wurde mit einer Ausnahme in allen klinisch sicheren Flecktyphusfällen die Weil-Felixsche Reaktion positiv gefunden. Klinisch schwere Fälle mit starkem Exanthem gaben meist spätere und schwächere Reaktionen als klinisch leichte Fälle. Eine positive Agglutination von 1 : 100 im Reagenzglas nach 2 Stunden wurde schon vorher durch orientierende Agglutination 1 : 25 auf dem Objektträger angekündigt. Die Weil-Felixsche Reaktion leistet auch bei der retrospektiven Diagnose gute Dienste. Bei Kontrolluntersuchungen war die Weil-Felixsche Reaktion bei Rekurrenskranken 2mal schwach positiv (1 : 50, bzw. 1 : 100). Bei anderen „Kontroll"untersuchungen mit stark positiver Reaktion war übersehener Flecktyphus nicht auszuschließen.

Wiederholt wurden Fleckfiebererkrankungen nach Rekurrens beobachtet. Die von den Vff. im Jahre 1917 in Südbulgarien beobachteten Flecktyphusfälle verliefen meist leicht und hatten sehr geringe Mortalität. Einige Fälle hatten kein deutlich erkennbares charakteristisches Exanthem.

Im Verlaufe des Flecktyphus wurde sehr häufig eine stark positive Gruber-Widal-Reaktion, namentlich für Typhus Eberth und Paratyphus A ausgelöst, bzw. vorhandene Reaktion gesteigert. Es ist noch genauer zu kontrollieren, ob nicht eventuell bei Paratyphus A und Typhus abdominalis auch eine Reaktion für H 19 vorkommen kann und ob nicht eventuell bei früheren Flecktyphuskranken infolge späterer Erkrankung an Typhus oder Paratyphus A (oder gar anderen Krankheiten) eine Reaktion für H 19 ausgelöst werden kann.

Die Brucksche Salpetersäurereaktion fiel in allen von den Vff. daraufhin untersuchten Fleckfieberfällen in Übereinstimmung mit der Weil-Felixschen Reaktion positiv aus, ferner auch in einigen Typhusfällen.

Koenigsfeld (Freiburg).

459. **Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion;** von J. Kaup. (Münchn. med. Woch. 1917. S. 1099.)

K. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Trotz sorgfältigster Beobachtung der Vorschriften der Wassermannschen Originalmethode wurden bei Kontrolluntersuchungen an verschiedenen Untersuchungsstellen in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle unter sich widersprechende Resultate erhalten. Auch durch die Verwendung der gleichen Extrakte und Immunsera und auch dann, wenn staatlich geprüfte Agentien verwendet wurden, konnten keine besseren Ergebnisse erzielt werden. Dagegen wurde eine große Übereinstimmung erzielt, als von verschiedenen Beobachtern dasselbe Aktivserum trotz Verschiedenheit des hämolytischen Serums und des Extraktes verwendet wurde. Solche Übereinstimmung zwischen 2 Beobachtern beweist aber noch nicht, daß die Ergebnisse richtig sind, sondern nur, daß die beiden Beobachter unter den gleichen Bedingungen gearbeitet haben. Die Originalmethode ist nicht als zuverlässig anzusehen, da sie keine übereinstimmenden Resultate ergibt und klinisch nicht hinreichend empfindlich ist. K. sucht diese Fehler durch eine quantitative Methode auszuschalten, bei der verschiedene Mengen Komplement verwandt werden.

Koenigsfeld (Freiburg).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

460. **Weshalb kommt es zu keiner Verständigung über den Krankheits- und Entzündungsbegriff?** von L. Aschoff. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 3. S. 51.)

A. betont, daß über die Grundbegriffe der Krankheit und Entzündung die widersprechendsten Anschauungen nebeneinander herlaufen und Verwirrung stiften und versucht die Begriffe zu klären und festzulegen. Leider sind die Ausführungen nicht für die Kürze des Referats geeignet und muß auf die Originalarbeit verwiesen werden.

Cordes (Berlin).

461. **Über ein seröses Stadium gewisser Dermoidzysten (Dermocystoma asebaceum sudoriferum);** von E. Melchior und R. Hanser. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 24. S. 521.)

M. u. H. beobachteten bei einem 3monatigen Kinde eine seröse Zyste der Schädelweichteile, die wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Kindes zunächst nicht exstirpiert, sondern nur mehrmals punktiert wurde. 2 Jahre später fand sich an der alten Stelle eine zwetschengroße, nicht transparente Zyste vom typischen Aussehen einer Dermoidzyste. Exstirpation; Heilung. Es ergab sich eine typische Dermoidzyste mit dickem atheromartigen Brei. Mikroskopisch war auffallend das völlige Fehlen der Talgdrüsen, während Haare und Schweißdrüsen in reichlicher Menge vorhanden waren. Wir können also von einem talgdrüsenfreien, jedoch mit Schweißdrüsen versehenen Dermoid sprechen: *Dermocystoma asebaceum sudoriferum.* Der seröse Charakter bestimmter Dermoidzysten wird demnach nicht als etwas Definitives aufzufassen sein, sondern er bezeichnet nur ein gewisses Frühstadium in der Evolution dieser Gebilde, das histologisch auf das Fehlen von Talgdrüsen zurückzuführen ist. Eine derartige „Mutation" seröser Dermoidzysten ist auch schon früher beobachtet worden.

Wagner (Leipzig).

462. **Über einen Fall von Leberkavernom;** von J. Richter. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 9. S. 221.)

R. fügt den in der Literatur beschriebenen 13 Fällen von Leberkavernom einen 14. hinzu; die Patientin suchte wegen Stärkerwerden des Abdomens

und Magendarmbeschwerden die Klinik auf. Die Operation ergab einen vom linken Leberlappen ausgehenden über kindskopfgroßen, strotzend mit Blut gefüllten Tumor, auch die mikroskopische Untersuchung ergab das typische Bild eines Leberkavernoms. Der Verlauf war ein vollständig glatter. Tosetti (Bonn).

463. **The cancer problem an the world war**; by W. S. Bainbridge. (New York med. Record Jan. 13. 1917. S. 49.)

In Amerika sind in letzter Zeit wertvolle Untersuchungen über die Vererbung des Mäusekarzinoms gemacht worden, das sich nicht nur generell, sondern auch in bezug auf die einzelnen Organe, in denen die Primärgeschwulst lokalisiert ist, vererbt. B. glaubt aber die Resultate dieser Untersuchungen nicht eher auf den Menschen anwenden zu dürfen, als bis die Chirurgie die völlige Übersicht über das menschliche Material hat und die Vererbungsgesetze mit Hilfe von Fragebogen usw. bestätigt. Irgendwelche Forschungen, die die Ätiologie des *menschlichen* Krebses aufhellen könnten, sind in den letzten Jahren in Amerika nicht angestellt worden. Fischer-Defoy (Dresden).

464. **Über Beziehungen zwischen Thymus und Karzinom**; von G. Kaminer und O. Morgenstern. Vorläufige Mitteilung. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 2. S. 41.)

E. Freund und G. Kaminer fanden, daß *normales Blutserum Karzinomzellen zerstört, und daß diese Zerstörungswirkung bei karzinomatösem Serum fehlt*, sowie *daß die Zerstörungswirkung sich mit Zunahme des Lebensalters verringert*. Die stärkste Abnahme fällt nun in das erste Lebensjahr, um dann langsam weiter zu fallen. Der Parallelismus zwischen dem anfänglichen starken Abfall der Zerstörungsfähigkeit des Serums gegen Karzinomzellen und der Rückbildung des Thymus ließ an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Vorgängen denken und veranlaßte experimentelle Untersuchungen, deren Ergebnisse folgende waren: Bei den Extrakten von Thymus läßt sich das Zerstörungsvermögen gegen Karzinomzellen durch die Freund-Kaminersche Reaktion in wesentlich höheren Verdünnungsgraden nachweisen als beim Serum und bei Extrakten anderer Organe. Beim Kaninchen läßt sich das ursprünglich geringe Zerstörungsvermögen des Blutserums gegen Karzinomzellen durch subkutane Injektion von Kalbsthymus stark erhöhen. Beim jungen Hunde sinkt das ursprünglich hohe Zerstörungsvermögen des Blutserums gegen Karzinomzellen durch Exstirpation des Thymus unter die mit der Freund-Kaminerschen Reaktion noch nachweisbare Grenze. Bei Personen mit Thymuspersistenz konnte ein höheres Zerstörungsvermögen des Serums gegen Karzinomzellen nachgewiesen werden als bei normalen Gleichalterigen. In 90% jener Fälle, bei denen das Blutserum Karzinomzellen zerstört, ist das Thymusserum wirksamer als das anderer Organe. Bei Karzinomatösen, deren Serum Krebszellen nicht zerstört, besitzt auch die Thymus kein Zerstörungsvermögen. Es bestehe also ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem die Krebszellen zerstörenden Prinzip der Thymus und dem ebenso wirkenden des Blutes.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

465. **Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Basedowschen Krankheit**; von H. Klose. (Bruns Beitr. Bd. 102. H. 1. S. 1.)

Die umfassende monographische Darstellung des Gegenstandes (215 Literaturnummern) ist besonders deshalb wertvoll, weil ihr vergleichende pathologische und klinische Studien zugrunde liegen. Kl. standen insgesamt 278 Basedowstrumen mit entsprechenden Angaben über den klinischen Verlauf der Fälle zur Verfügung. Der Basedowsymptomenkomplex stellt nach der neuesten Auffassung eine nervöse Systemerkrankung dar, die in spezifischen Veränderungen bestimmter Drüsen des brancheogenen Systems, besonders der Schild- und Thymusdrüse zum Ausdruck kommt. Man unterscheidet uniglanduläre und pluriglanduläre Erkrankungen; bei der ersteren handelt es sich um eine Erkrankung der Schilddrüse. Scharf zu trennen ist der Morbus Basedowii durch Erkrankung der vorher normalen Schilddrüse von dem der basedowifizierten, vorher nodösen Thyreoidea. Die spezifischen Basedowveränderungen der Schilddrüse bestehen in einer Hypertrophie der Follikelepithelzellen und einer „Entmischung des Kolloides". In der gewöhnlichen Basedowschilddrüse erfolgt die Resorption der Sekretionsprodukte durch die Lymphbahn, in der basedowifizierten wird das Kolloid durch direkte Diffusion in den Kreislauf übergeführt. Neben diesen spezifischen Schilddrüsenveränderungen kommen nun auch Basedowsymptome bei unspezifischen entzündlichen Prozessen vor (Eiterung, Tuberkulose, Lues). Die dem Thymusbasedow charakteristischen morphologischen Veränderungen werden von Kl. als „Epithelisierung" bezeichnet. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

466. **Subakute Insuffizienz der Nebennieren bei Amyloidose, nebst Bemerkungen über den Morbus Addisonii**; von H. Schlesinger. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 4. S. 99.)

Sch. sah einen 47jährigen Kranken mit nicht dekompensierter Nephritis chronica, bei dem zunehmende, nicht gleichförmige Pigmentation der Haut — nicht der Schleimhäute — auffallende Apathie, Adynamie, Abmagerung, erhebliche Hypertension, fehlende Glykosurie nach Adrenalininjektion, negative Tuberkulinreaktion (subkutan), terminal große Atmung beobachtet wurden. Die Sektion zeigte Schrumpfniere, Amyloidose der Nebennieren als Teilerscheinung einer Amyloidose der Unterleibsdrüsen mit Zugrundegehen der Rinden- und Marksubstanz in der linken und hochgradigen Schädigung beider in der rechten Nebenniere. Sch. macht auf die Unterschiede des Verlaufes gegen den der Addisonschen Krankheit aufmerksam. Die Diagnose sei vielleicht zu ermöglichen durch negativen Ausfall der Tuberkulinreaktion und die gleichzeitig vorhandenen Zeichen allgemeiner Amyloidose.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

467. **Zur Lehre von der Hypertrophie des rechten Ventrikels**; von Gerhardt. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm Bd. 82. S. 122. 1917.)

Die von G. beschriebenen, an Hunden angestellten Versuche scheinen zu zeigen, daß die Ergebnisse der experimentellen Studien sich ohne Zwang mit der alten Vorstellung in Einklang bringen lassen, wonach die Hypertrophie des rechten Ventrikels bei Mitralfehlern und anderen Fällen von Schwäche des linken Herzens eine direkte Folge der Rückstauung des Blutes im kleinen Kreislauf ist. Bachem (Bonn).

468. **Zur Lehre der Pneumatosis cystoides intestini hominis**; by K. Schnyder. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. S. 289.)

Beschreibung der Präparate zweier typischer Fälle. Beide waren von auswärts bereits gehärtet eingesandt, so daß eine bakteriologische Untersuchung unmöglich war. Sch. hält jedoch eine bakterielle Ätiologie durch das Bact. coli aërogenes lymphaticum Jäger für wahrscheinlicher als eine mechanische Entstehung. Stets handelt es sich um eine Affektion des Lymphsystems,

innerhalb dessen die Gasentwicklung auftritt. Die Endothelzellen können sich dabei zum Teil in Riesenzellen verwandeln. Wehrsig (Aachen).

469. **Visceral amebiasis;** by A. Klein and A. J. Rubenstone. (New York med. Journ. Jan. 13. 1917. S. 67.)

In einem eitrigen Pleuraexsudat sowie im Anschluß daran in einem Beckenabszeß fand sich die Amoeba dysenterica histolytica. Der Patient starb an eitriger Perikarditis, verursacht durch Streptokokken. Kl. u. R. glauben jedoch die Erkrankung auf Amöben zurückführen zu müssen, und zwar wird als Ausgangspunkt eine Pyorrhoea alveolaris betrachtet. Fischer-Defoy (Dresden).

470. **Primäre, sekundäre und tertiäre Tuberkulose des Menschen;** von K. E. Ranke. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 305.)

Langjährige klinische und pathologisch-anatomische Studien haben zu sehr beachtenswerten Ergebnissen geführt, die in vorliegender bedeutungsvollen Arbeit aufgezeichnet sind. Dem Kausalitätsprinzip folgend unternahm es R., für den anscheinend regellosen und willkürlichen Verlauf der menschlichen Tuberkulose einen gesetzmäßigen Entwicklungsgang zu ergründen, und zwar ging er dabei von der Vorstellung aus, daß der von v. Pirquet aufgestellte Begriff der Allergie, der „die Gesamtheit des krankhaften Geschehens in seinen gesetzmäßigen Änderungen umfaßt", auch im pathologisch-anatomischen Substrat der Erkrankung seinen Ausdruck finden muß, in der sogenannten histologischen Allergie, worunter R. den histologischen Ausdruck erworbener spezifischer Reaktionsweisen zwischen Tuberkelbazillus und erkranktem Organismus versteht. Er stellt 3 Stadien auf mit ganz spezifisch-morphologischen Erscheinungen. Das Primärstadium mit dem Primäraffekt und seinen Metastasen in den abführenden Lymphdrüsen, Kontaktwachstum und lymphogene Metastasierung bilden die Charakteristika des primären Stadiums, das histologisch fast ausschließlich von proliferativen Veränderungen beherrscht wird, hierzu kommt eine typische Lymphozytenarmut und Gefäßlosigkeit des Gewebes. Das sekundäre Stadium wird charakterisiert durch hämatogene Metastasenbildung und zeitweises Auftreten akuter exsudativer Entzündungen. Während im Primärstadium die Heilungstendenz in fibrös-hyaliner Umwandlung und Verkalkung zum Ausdruck kam, finden wir im Sekundärstadium entsprechend Erweichung und Resorption. Dem 2. Stadium eigen ist ferner die sogenannte intrakanalikuläre Metastasierung, d. h. die Ausbreitung im Bronchialbaum, Darmrohr, Urinwegen, Genitalschlauch, serösen Höhlen usw. Im Übergang zum 3. Stadium finden wir mit dem Zurücktreten der humoralen Metastasierung, d. h. der Ausbreitung auf dem Blut- und Lymphwege, ein Nachlassen der Giftempfindlichkeitsreaktionen. Das Kontaktwachstum sowie die intrakanalikuläre Ausbreitung der Erkrankung kann dabei weiter fortbestehen. Die Metastasierung in die nächstgelegenen Lymphdrüsen zeigen ein eigenartiges histologisches Verhalten der Tuberkelzellen, die Zellwucherungen um leblose Fremdkörper ähneln. Hierin gibt sich deutlich ein Zustand bereits vorhandener Immunität zu erkennen. Während das Sekundärstadium unter den Erscheinungen der Generalisation hervortrat, finden wir als die Charakteristika des Tertiärstadiums die humorale Immunität und die relative Giftunempfindlichkeit.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

471. **Beiträge zur experimentellen Meerschweinchentuberkulose;** von E. Friedberger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 2. S. 33.)

Anschließend an frühere Versuche über Eiweißanaphylaxie und Eiweißfieber an überempfindlichen Tieren sowie an die Versuche über die Darstellung eines akut wirkenden Giftes aus Tuberkelbazillen macht Fr. Versuche mit Tuberkelbazillen an Meerschweinchen.

Als Resultat der Versuche ergab sich, daß eine fiebererzeugende Dosis von Tuberkelbazillen, wiederholt hintereinander mit Antituberkuloseserum beladen, die temperatursteigernde Wirkung der Tuberkelbazillen bei intraperitonealer Zufuhr am Meerschweinchen aufhebt. Ebenso ließen sich Multipla der Fieberdosis durch Multipla des Antiserums neutralisieren.

Cordes (Berlin).

472. **Die Tuberkuloseforschung in den Kriegsjahren.** *3. Pathologie;* von F. Köhler. (Heft 4 der „Ergebnisse der Tuberkuloseforschung". Leipzig 1917. Repertorienverlag. S. 163—182.)

Das vorliegende Heft gliedert sich in einen anatomisch-physikalischen Teil mit den Unterabteilungen „Klassifikation, Thorax phthisicus, Karnifikation" und „Blutdruck und Blutbild" und in einen organischen Teil mit folgenden Untergruppen: 1. Knochen, Gelenke, Muskeln, 2. Haut, 3. Miliartuberkulose, 4. Psyche, Nervensystem, Meningitis und 5. Auge und Ohr.

Im 1. Teile bringen die referierten Arbeiten über Blutdruck und Blutbild kaum Neues und Erwähnenswertes. Im rein anatomischen Teil werden die Aufsätze von Hart, Sato, Kaiser, Iwasaki und Ulrici über die mechanische Disposition der Lungenspitzen referiert. Eine Einigung über die Bedeutung der Hart-Freundschen Lehre ist noch nicht erzielt; Sato z. B. mißt nicht der primären Verkürzung und Verknöcherung des 1. Rippenknorpels, sondern einer mangelhaften Anlage des Kostovertebralgelenks der 1. Rippe die Hauptbedeutung zu.

Von den sonstigen Arbeiten anatomischen Inhalts ist erwähnenswert die von Nicol, der 3 Hauptformen des tuberkulösen Prozesses unterscheidet: eine intraazinös lokalisierte, hauptsächlich proliferierende Form, bei der Verkäsung erst sekundär hinzutritt, weiter eine primär verkäsende Alveolitis (käsige Bronchopneumonie) und endlich, zwischen beiden Formen stehend, die käsige Bronchitis. Eine ebenfalls ausführlicher referierte Arbeit von Benedikt unterscheidet bei der Tuberkulose in Übereinstimmung mit der Lues ein primäres, sekundäres und tertiäres Stadium; die Ceelensche Arbeit berichtet über Karnifikation in tuberkulösen Lungen, die teils unspezifisch, teils als Organisation spezifisch tuberkulösen Gewebes auftreten kann.

Der 2. organische Teil dürfte hauptsächlich klinisch-kasuistisches Interesse beanspruchen. Allgemein-pathologisch wichtig ist eine Arbeit von Evans, Bowman und Winternitz, die durch Vitalfärbung junger Miliartuberkel beim Kaninchen die Herkunft der einzelnen Zellformen zu bestimmen versuchten und Endothelabkömmlinge und lymphozytäre Blutzellen feststellen konnten. Auch die ausführlich referierte Arbeit W. Langes über die Tuberkulose des Ohrlabyrinths ist rein pathologisch-anatomischen Inhalts und gibt eine erschöpfende Schilderung dieser relativ selbständigen Form tuberkulöser Erkrankung.

Wehrsig (Aachen).

473. **Über die Bedeutung der Milz für das Zustandekommen des anaphylaktischen Schocks beim Hund;** von Mautner. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 82. S. 116. 1917.)

Die Milzexstirpation vor oder im Beginn der Sensibilisierung verhindert beim Hund die Auslösung des anaphylaktischen Schocks, während sich der

Peptonschock als von der Milzfunktion völlig unabhängig erwies. Daß dieser Effekt der Milzexstirpation auf die anaphylaktische Schockwirkung nicht regelmäßig auftritt, ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß die Milzfunktion durch andere Organe (Lymphdrüsen, Knochenmark, Aschoffs Milzgewebe in der Leber) übernommen werden kann.

Wird die Milz eines schon sensibilisierten Hundes entfernt, so bleibt der anaphylaktische Schock völlig unbeeinflußt. Es geht aus diesen Tatsachen hervor, daß die Milz keineswegs die für die Auslösung der anaphylaktischen Drucksenkung notwendige Kontraktion der Leberkapillaren des Hundes direkt, sondern nur den Stoffwechsel in dem Sinne beeinflußt, daß die für die Schockwirkung nötige Sensibilisierung ermöglicht wird. Bachem (Bonn).

IV. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

474. **Über die keimtötende Fernwirkung von Metallen und Metallsalzen;** von P. Saxl. (Med. Klin. 1917. Nr. 28. S. 764.)

Versuche mit Silbernitrat, Kalomel, Sublimat wurden durch Verbindung mit Seide oder Platindraht auf keimtötende Fernwirkung geprüft. Aus den Versuchen wurde die Anschauung gewonnen, daß es sich bei den betreffenden Antiseptika um noch neue bisher gänzlich unbekannte und ihrem Wesen nach noch unaufgeklärte physikalische Kräfte, die den Antiseptizis innewohnen, handelt. Cordes (Berlin).

475. **Pharmacologisch onderzoek over de werking van optochine op hart en vaten;** door G. ten Doesschate en W. Storm van Leeuwen. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 8. S. 676.)

Studiert wurde der Einfluß intravenöser Einspritzungen von Optochin bei dekapitierten und dezerebrierten Katzen und Kaninchen, von an *Tyrode*-Flüssigkeit hinzugefügtem Optochin auf das isolierte, überlebende Kaninchenherz (Langendorff) und schließlich Art und Stärke des schädlichen Einflusses von Optochin im Blut auf das Säugetierherz nach der Methode von Starling (Physiologenkongreß in Groningen 1913), welche Methode ausführlich beschrieben und abgebildet wird (mit kleinen Modifikationen). Es handelt sich dabei um eine isolierte Herz-Lungenzirkulation. Es wurden 5 Versuchsreihen angestellt, deren Ergebnisse in Tabellen wiedergegeben sind. Sie gehen kurz zusammengefaßt darauf hinaus, daß 5 mg Optochin unschädlich sind, daß 10 mg jedoch meistens und 15 mg regelmäßig die Herzfunktion stark schädigen. Beim lebenden Menschen würden diese Mengen mit 55—85, 100—200 und 200 bis 300 mg Optochinum hydrochl. intravenös injiziert übereinstimmen. Obschon nicht ohne weiteres die für das Säugetierherz gefundenen Resultate auf den Menschen übertragen werden dürfen, mahnt die Arbeit der Vff. doch zur Vorsicht und zeigt, daß bei der Optochinbehandlung außer Gefahr für die Augen auch solche für das Herz besteht, die bisher nicht genug gewürdigt und nicht im Laboratorium studiert worden ist. Klinisch sind Unregelmäßigkeiten des Pulsschlags und veränderte Pulsfrequenz keine sicheren Zeichen für unbeeinträchtigte Herzfunktion. — 5 Herzkurven, 7 Tabellen und 1 Zeichnung.

Lamers (Herzogenbusch).

476. **Zur Optochinbehandlung der Pneumonie;** von A. Alexander. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 31. S. 747.)

Die von A. an der Hand von Fällen gegebenen Ausführungen decken sich im wesentlichen mit den anderer Verfasser, die Anhänger des Optochins sind. A. empfiehlt die Anwendung und hatte gute Erfolge. Cordes (Berlin).

477. **Die komplementogene Wirkung von Chinin im Zusammenhange mit dem Entstehen des Schwarzwasserfieberanfalles;** von E. de Raadt. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. Nr. 9. S. 149. 1917.)

de R. stellt folgende Sätze auf: Die Prädisposition für Schwarzwasserfieber entsteht zu gleicher Zeit wie die Malariaimmunität und findet ihre Ursache in dem Auftreten hämolytischer Ambozeptoren in dem Blute. Diese werden im menschlichen Körper mobilisiert unter dem Einfluß der fortwährenden Malariainfektion und haben nicht allein eine hämolytische, sondern auch eine bakterizide Wirkung (bivalent). Die auftretende Prädisposition für Schwarzwasserfieber kann deshalb als immunisatorischer Vorgang betrachtet werden. Der Ausbruch des Schwarzwasserfiebers wird von der Höhe des Komplementgehaltes des Blutes abhängen. Die Wirkung der den Anfall auslösenden Gelegenheitsmomente: Abkühlung, Überanstrengung usw., und *besonders Chinin* ist eine derartige, daß unter ihrem Einfluß eine Überproduktion von Komplement „explosionsartig" stattfindet. Untersuchungen an 15 Kranken mit chronischer Malaria unmittelbar vor und 4 Stunden nach Chinineinnahme zeigten, daß unter Einfluß von Chinin die hämolytische Kraft des Serums beim malariakranken Menschen oft bedeutend gesteigert wird, und daß Chinin also eine besonders ausgeprägte komplementogene Wirkung entfalten kann. Es müssen sonach Personen, bei denen Chinin diese Wirkung hat, in Schwarzwasserfiebergegenden viel mehr gefährdet sein, als Personen, bei denen Chinin diese Wirkung nicht hat. *Kolonialbeamte* für solche Gegenden *sollten auch auf ihre Chinintoleranz untersucht werden, sowie darauf, inwieweit Chinin bei ihnen komplementogen wirkt.* — Es geht ferner aus obigem hervor, wie große Gefahr die Chininbehandlung bei Schwarzwasserfieber bringen kann. — Der Versuch, das Komplement im Quantum zu reduzieren — nach Friedberger und Hartoch intravenöse Injektion stark hypertonischer Salzlösung — erwies sich erfolglos. Theoretisch möglich erscheine die Anwendung einer Serotherapie. Kadner (Dresden-Loschwitz).

478. **Über Magnesiumperhydrol als Tonicum;** von L. Mörchen. (Med. Klin. 1917. Nr. 18. S. 504.)

Bei kriegsgefangenen Franzosen, die an Verdauungsstörungen und neurasthenischen Symptomen litten, sah M. gute Wirkung von *Magnesiumperhydrol.* Die Darmtätigkeit wurde angeregt — wahrscheinlich Magnesiawirkung — und die Kranken empfanden einen tonisierenden Einfluß, welchen M. auf Sauerstoffwirkung bezieht, und für die Bekämpfung der Autointoxikation begründet hält.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

479. **Atropinbehandlung bei ruhrartigen Erkrankungen;** von H. Scholz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 12. S. 364.)

Sch. sah unter *Atropinbehandlung* Milderung der Ruhrkoliken, Verbesserung der Stuhlbeschaffenheit, mittelbar einen günstigen Einfluß auf den allgemeinen toxischen Zustand. Da das Atropin auf den *Vagus*

wirkt, muß eine *toxische Erregung des Vagus eine wichtige Rolle bei dem Zustandekommen der funktionellen Schädigung spielen,* die im klinischen Bild der *Ruhr* hervortritt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

480. **Über Hydrozithin;** von A. Gürber. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 707.)

Das von der Firma *J. D. Riedel,* Berlin-Britz hergestellte Präparat ist ein Lezithin, das nur gesättigte Fettsäure enthält und aus Ovolezithin gewonnen wird. Es zeichnet sich gegenüber dem Lezithin durch gute Haltbarkeit aus und erwies sich bei nervöser Schwäche der Kriegsteilnehmer in täglich 3—5maliger Anwendung von 0,1 nützlich. Cordes (Berlin).

481. **Über Beeinflussung des Harnes durch Neosalvarsan bei Tabes;** von A. Porges. (Wien. med. Woch. 1916. Nr. 28. S. 1101.)

Bei einem Tabiker, der seit 7 Jahren undurchsichtig trüben und leicht alkalischen Urin hatte, wurde dieser am Tage nach der ersten intravenösen Neosalvarsan-Infusion klar und blieb so. (Diese Erscheinung ist offenbar auf die Formaldehydkomponente des Neosalvarsans zurückzuführen. Red.)

Brauns (Dessau).

482. **Meningismus nach Injektion von Neosalvarsan bei einem Säugling;** von E. Stauch. (Med. Klin. 1917. Nr. 14. S. 395.)

Am 3. Tage nach der Injektion Auftreten von Meningismus, für den St. eine gewisse Idiosynkrasie des Zentralnervensystems gegen Neosalvarsan haftbar machen zu müssen glaubt. Cordes (Berlin).

483. **Schwere Vergiftung durch Laxativ-Drops (Phenolphthalein);** von Fürbringer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 27. S. 842.)

Es wurden innerhalb 24 Stunden 0,6 Phenolphthalein (Laxativ-Drops) genommen: mehrere breiig-wässerige Stuhlentleerungen, daneben Bewußtseinstrübung, Herzschmerzen, Angstgefühl, Beklemmungen, Kollaps, nach 2 Tagen fast völlige Anurie, der spärliche Harn enthielt Eiweiß und reichlich Zylinder. Die Kranke erholte sich nur langsam. Die Therapie bestand in der häufigen Darreichung von Exzitantien.

Auch aus den beigefügten Literaturauszügen geht zur Genüge hervor, daß Phenolphthalein (Purgen) erhebliche Schädigungen verursachen kann und keineswegs so harmlos ist, wie es gewöhnlich gilt.

Bachem (Bonn).

V. Innere Medizin.

484. **Ein neuer Weg zur Behandlung chronischer Infektionskrankheiten;** von Th. Rumpf. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 745.)

R. berichtet über kombinierte Behandlung der Tuberkulose mit Jodsalzen nachfolgender elektrischer Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Nach einleitenden Bemerkungen über die Einwirkungen des elektrischen Stromes auf Bakterienkulturen bringt R. an vereinzelten Fällen den praktischen Beweis seiner Versuche, der zeigt, daß insonderheit die nicht offene Tuberkulose diesem Verfahren gut zugängig ist.

Cordes (Berlin).

485. **Die Behandlung der Kreislauferkrankungen bei Hysterie;** von R. Kich. (Med. Klin. 1917. Nr. 17. S. 473.)

Pituitrin und Digitalis ist wirkungslos und nicht unbedenklich, ebenso ist Strophanthin intravenös gefährlich. Kampfer und Koffein dürfen nur spät und müssen möglichst sparsam gegeben werden. Adrenalin wirkt deutlich aber vorübergehend.

Bei Krupp gibt nicht nur der Grad der Stenose, sondern auch der Zustand des Kreislaufapparats die Indikation zur Tracheotomie. Cordes (Berlin).

486. **Zur Klinik und Epidemiologie der Ruhr;** von P. Jungmann und E. Neißer. (Med. Klin. 1917. Nr. 5. S. 122.)

Aus dem Verlaufe einer Ruhrerkrankung ist es nach Ansicht J.s nicht möglich, bestimmte Rückschlüsse auf die Art des Erregers zu machen und umgekehrt. Die Eigenschaften der Bazillen variieren im Laufe der Epidemien, aber ihre verschiedenen Lebensäußerungen ändern sich nicht gleichmäßig und gleichzeitig. Die Schwere der Erkrankung ist von epidemiologischen und nächstdem von individuellen Faktoren abhängig, aber nicht vom bakteriologischen Erreger.

Cordes (Berlin).

487. **A propos de la vaccination mixte antityphoïdique et antiparatyphoïdique A et B par une seule injection;** par F. Widal et A. T. Salimbeni. (Presse méd. 1917. Nr. 46. S. 473.)

Die Erfolge der Vakzination mit diesem dreiteiligen Vakzin in 2 Einspritzungen sind so vortrefflich, daß sie in der französischen Armee allgemein angewendet werden. W. u. S. haben nun an 12 000 Personen den Versuch gemacht, die Vakzination in einem Tempo auszuführen (6 Milliarden Bakterien auf einmal). Die Einspritzung wird gut vertragen. Über die Erfolge muß erst die Zeit lehren. Trotzdem empfehlen W. u. S. diese einmalige Injektion schon für Fälle, in denen die Zeit sehr beschränkt ist und bei der Impfung von großen Menschenmengen in Zeiten von Epidemien. Lamers (Herzogenbusch).

488. **Zum Krankheitsbilde des Fleckfiebers und seine Behandlung;** von R. Willheim und A. Frisch, (Med. Klin. 1917. Nr. 5. S. 119.)

Fleckfieberepidemiebeobachtungen bei der Zivilbevölkerung eines westgalizischen Städtchens.

Neben den allen septischen Infektionskrankheiten eigenen Erscheinungen zeichnet sich das Fleckfieber durch hauptsächlich vom Nervensystem kommende als neurotoxische zu bezeichnende Eigenschaften aus.

Intravenöse Injektionen von Elektrargol taten bei 2 Fällen schwerer Erkrankungen gute Dienste.

Cordes (Berlin).

489. **Zur Ätiologie des Fleckfiebers;** von M. Popoff. (Med. Klin. 1917. Nr. 19. S. 397.)

P. betont die auffallende morphologische Idendität der Rikettsia Prowazekii von Rocha Lima mit dem Bacillus Typhi exanthematici und begründet seine Anschauung. Cordes (Berlin).

490. **Epidemiologische Beobachtung über Pocken;** von Jürgens. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 19. S. 328.)

Die gemachten Erfahrungen lehren, daß trotz des Impfschutzes die Ansteckungsgefahr nicht vernachlässigt werden darf. Wenn es auch für die geimpfte Bevölkerung keine Pockengefahr gibt, so ist doch der

Impfschutz für die Pockenerreger nicht unüberwindlich und der Begriff der Immunität darf nicht willkürlich verallgemeinert und zu weit gefaßt werden. Cordes (Berlin).

491. Blutbefunde beim Icterus infectiosus (Weilsche Krankheit); von A. Luger. (D. med. Woch. 1917. Nr. 24. S 747.)

Einspruch zur Arbeit von Gudzent in Nr. 3 dieser Wochenschrift über den morphologischen Blutbefund. Verwirft die von Gudzent als charakteristisch für die Weilsche Erkrankung betonte Lymphogenie. Betont, daß er sie bei vielen anderen akuten Infektionskrankheiten auch gefunden hat. Auch hinsichtlich der Eosinophilen erscheint ihm ein Widerspruch zu bestehen. Cordes (Berlin).

492. Zur Symptomatologie des Fünftagefiebers; von Goldscheider. (D. med. Woch. 1917. Nr. 24. S. 737.)

Die von vielen als diagnostisch ausschlaggebend bezeichneten Tibiaschmerzen sind nach G. eine bestehende allgemeine Hyperalgesie und keineswegs konstant. Sie finden sich auch bei anderen Infektionen. Ein Beweis für das Fünftagefieber ist nicht dadurch gegeben. Cordes (Berlin).

493. Über Malaria; von Plehn. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 18. S. 431.)

Zusammenfassende Darstellung der Erfahrungen Pl.s. Pl. betont, daß die Rezidivprophylaxe mindestens 6 Monate nach dem letzten akuten Fieberausbruch konsequent durchgeführt werden muß. Hinsichtlich der Dienstfähigkeit betont Pl., daß eine Rücksendung malariakranker Soldaten ins Heimatgebiet nur ganz ausnahmsweise nötig sein dürfte. Hält eine Weitereinschleppung der Krankheit ins Heimatgebiet für mindestens sehr zweifelhaft. Cordes (Berlin).

494. Beiträge zur Pathologie und Therapie des Rückfallfiebers; von L. Külz. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1917. H. 11 u. 12. S. 181.)

K. beobachtete auffallende Unterschiede des Krankheitsverlaufes des Rückfallfiebers bei *Deutschen, Türken* und *Rumänen,* die auf *Rasseneigentümlichkeiten* und *Ernährungsmängel* zurückgeführt werden: Die Deutschen verloren nur einen Mann durch den Tod, die Türken etwa 8%, die Rumänen bis zu 60%. Rekurrensödeme traten bei den Deutschen sehr selten, häufiger bei den Türken, bis zu mehr als $^1/_3$ der Erkrankten bei den Rumänen auf; ähnlich verhielten sich die Darmkomplikationen. Salvarsan wirkte bei den Deutschen meist nach einmaliger Anwendung in der Dosis von 0,45 g (Neosalvarsan). Bei den Rumänen kamen 35% Versager (nachgewiesener Spirochätenbefund) vor. — Das besonders ungünstige Verhalten der Rumänen wird zurückgeführt auf deren geringe Widerstands- und Anpassungsfähigkeit und hauptsächlich auf unvermittelt eingetretene dauernd unzureichende Ernährung, namentlich auch bedingt durch Fehlen der Maiskomponente in der Nahrung, durch deren Wiedereinführung dem Übelstande gesteuert wurde: Avitaminose. — Die verschiedene Reaktion der Kranken auf Salvarsan erklärt K aus der zunehmenden Kachexie der ungenügend ernährten Kranken, bei denen die Steigerung der parasitiziden Fähigkeiten des Körpers nicht in genügender Weise ausgelöst oder katalytisch bewirkt werden können; deshalb vermochte auch Erhöhung der Dosis die Wirkung zu bessern. Doch sei bei dieser Steigerung mit größter Vorsicht zu verfahren. — Außer den Läusen hält K. auch die Flöhe für Überträger der Rekurrens. — Als wichtiges differentialdiagnostisches, *von Anfang an vorhandenes* Frühsymptom der Rekurrens namentlich gegen Fleckfieber bezeichnet K. den charakteristischen Gang der Kranken: langsam, schwerfällig, am Boden klebend. Begründet ist die Erscheinung durch sofortige Beteiligung der Wadenmuskeln an der Erkrankung. Nur Skorbutkranke zeigen die gleiche Erscheinung. Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

495. Festschrift für Johannes Orth. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 27. H. 1—4. 1917.)

1. *Johannes Orth und die Tuberkuloseforschung;* von Lubarsch.
2. *Bedeutung und Leistungen der pathologischen Anatomie für die Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose;* von C. Hart.
3. *Zur Nomenklatur der Phthise;* von L. Aschoff.
4. *Das Konstitutionsproblem in der Tuberkulosefrage;* von J. Bartel.
5. *Die Tuberkulose im Kindesalter;* von M. Kirchner.
6. *Schule und Tuberkulose;* von Gottstein.
7. *Beitrag zur Erklärung der vorwiegenden Erkrankung der Spitze bei Lungentuberkulose;* von Penzoldt.
8. *Lungentuberkulose und Blutbildungsmittel;* von Kuhn.
9. *Zur Rolle des Trichophytonpilzes bei Tuberkulin Rosenbach;* von F. J. Rosenbach.
10. *Beitrag zur Tuberkulinbehandlung der sog. chirurgischen Tuberkulose;* von Katzenstein.
11. *Tuberkulose der weiblichen Harnröhre und Harnblase und ihre chirurgische Behandlung;* von F. Rosenbach.
12. *Zur Strahlenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose;* von Heile.
13. *Erfahrungen über die Strahlenbehandlung der menschlichen Lungentuberkulose;* von Baemeister.
14. *Ausschaltung der Genitalfunktion und ihr Einfluß auf die Lungentuberkulose der Frau;* von Warnekros.
15. *Traumatische Nierentuberkulose;* von Fürbringer.
16. *Disposition der Nebennieren zur Tuberkulose;* von Hansemann.
17. *Geschwulstartige Lebertuberkulose;* von Eugen Fraenkel.
18. *Fall von kindlicher Lungenaktinomykose, der klinisch für Tuberkulose angesprochen wurde;* von Benda.
19. *Tuberkelbazillen im Luminiszenzmikroskop;* von Kaiserling.
20. *Beteiligung des Endothels und des Blutes bei der Bildung tuberkulöser und sonstiger intravaskulärer Riesenzellen;* von Krompecher.
21. *Lymphogranulomatose und Tuberkulose;* von Ceelen und Rabinowitsch.
22. *Zur Anatomie der Lungentuberkulose;* von Beitzke.
23. *Über isolierte tuberkulöse Peritonitis und Bursitis und über tuberkulöse Zysten;* von Stahr.
24. *Karzinom und Tuberkulose;* von G. Herxheimer.
25. *Lungentuberkelfärbung mit Kresylviolett;* von C. Davidsohn.
26. *Bekämpfung der Rindertuberkulose durch Schutzimpfung;* von Eber.
27. *Weitere Erfahrungen über die Tuberkulose im Kriege;* von Leschke.
28. *Tuberkuloseinfektion und Tuberkuloseerkrankung der ersten Lebensjahre vor dem Krieg und während desselben;* von Umber.

29. *Beitrag zu der Frage nach der Häufigkeit der Infektion des Menschen mit dem Typus bovinus des Tuberkelbazillus in den Kriegsjahren;* von C. Hart und L. Rabinowitsch.

1. In zahlreichen Arbeiten haben Orth und seine Schüler auf fast allen Gebieten der Tuberkuloseforschung wichtige und erfolgreiche Untersuchungen angestellt. Erwähnt seien Arbeiten über großknotige Tuberkulose der Leber, über die Nierentuberkulose, über Knochen- und Gelenktuberkulose und käsige Pneumonie. Später besonders Untersuchungen über enterogene Tuberkulose, über den Zusammenhang zwischen menschlicher und tierischer Tuberkulose, über Tuberkulosereinfektion und Tuberkulosedisposition. Er hat die Erkenntnisse der Bakteriologie so vielfach wesentlich vertieft und ihnen vorgearbeitet.

2. Die Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Koch bestätigte die von Kohnheim aufgestellte Lehre von der infektiösen Natur der Erkrankung. Die Pathologie gibt allein zuverlässige Antwort auf alle statistischen Fragen über Verbreitung und Verhütung der Tuberkulose. Sie gibt zuverlässige Anhaltspunkte für die klinische Stadieneinteilung und prognostische Bewertung, über die Infektionswege, die Eingangspforten und die Disposition. Die pathologische Anatomie hat sich unter Benutzung der Bakteriologie und des Tierexperimentes als außerordentlich wertvoll für die Erkenntnis, Prophylaxe und Therapie der Tuberkulose erwiesen.

3. Eine Grundlage für die Einteilung bleibt die von Orth bereits vor 30 Jahren geforderte Scheidung zwischen tuberkulöser (produktiver) Phthise und entzündlicher (käsig-exsudativer) Phthise. Je nach Ausdehnung des Herdes kann man von käsiger Bronchiolitis und Bronchitis, von käsiger lobulärer oder Bronchopneumonie und von käsiger lobärer Pneumonie sprechen. Es wird weiterhin auf das Nikolsche Schema eingegangen, das dieser in Anlehnung an die Fraenkel-Albrechtsche Einteilung der Tuberkulose entworfen hat. Neben der pathogenetischen, pathologisch-anatomischen, der klinischen und der Periodeneinteilung sind bemerkenswert die neueren Versuche zur Einteilung nach Immunitätsperioden. So unterscheidet Ranke zwischen Primärinfekt, einer anschließenden Periode der Überempfindlichkeit und einer Periode der relativen Immunität, entsprechend einem Primäraffekt, einer Sekundär- und einer Tertiärperiode.

4. Die Wechselbeziehungen zwischen Erreger und Infektionsträger sind das für die Pathogenese der Tuberkulose ausschlaggebende Moment. Infolgedessen sind Feststellungen über Infektion und Disposition bzw. Konstitution von größter Wichtigkeit.

Richtig erkannt wurde dies bereits von alten Pathologen wie Rokitansky. Neuerdings sucht man durch Feststellungen an größeren Reihen von gut beschriebenen Einzelbeobachtungen über antagonistisches oder zusammenwirkendes Verhalten von anderen Erkrankungen oder bestimmten Konstitutionsanomalien mit der Tuberkulose diesem Gebiet eine exakte Grundlage zu geben.

5. Die Tuberkulose der Gesamtbevölkerung ist in den letzten 35 Jahren dank den weitgehenden Bekämpfungs- und Fürsorgemaßnahmen um mehr als 50% zurückgegangen. Dieser Rückgang betraf vorwiegend die arbeitsfähigen Bevölkerungsschichten und Lebensalter, dagegen nicht die kindliche Tuberkulose zwischen 5—15 Jahren bei Knaben und zwischen 5—20 Jahren bei Mädchen. Die Tuberkulosesterblichkeit ist im ersten Lebensjahr recht hoch, und sinkt dann bis zum 15. Jahre, um später bis zum Alter von 60—70 Jahren wieder anzusteigen. Als Infektionsquelle für das Kind kommen vor allem erkrankte Familienmitglieder und die Schule in Betracht.

Deshalb erfordert die Prophylaxe die Isolierung von offenen Tuberkulosen aus Familie und Schule. Kräftigung der kindlichen Konstitution durch Bäder, Seebäder, Land- und Waldaufenthalt ist daneben von großem Werte.

6. Zur Zeit ist infolge der Abnahme der anderen Infektionskrankheiten die Tuberkulose nach Feststellungen von Kirchner in der Schulzeit die häufigste Todesursache. Jedoch ist in diesem Lebensalter die Tuberkulosesterblichkeit am niedrigsten, trotzdem sie in den letzten Jahren den relativ geringsten Abfall aufwies. Die Entfernung von Kindern, Lehrern und Schuldienern mit offener Tuberkulose wird zur Zeit möglichst durchgeführt. Erkrankungsstatistiken nach dem Ergebnis der v. Pirquet-Reaktion ergaben bei Schulkindern 50—75% positive Resultate; trotzdem sind aktive Tuberkulose und tödliche Erkrankungen seltener als in anderen Lebensaltern. Die klinische und röntgenologische Untersuchung bestätigten dies. Solche Kinder sind am besten wie Bazillenträger zu behandeln; Heilung ist bei ihnen leicht durch Luftkuren, Badekuren usw. zu erzielen. Fürsorgearzt und Schularzt müssen Hand in Hand arbeiten. Besonders wichtig ist die Fürsorge in der Zeit nach dem schulpflichtigen Alter, in den Fortbildungsschulen, da gerade dann ein erheblicher Anstieg der Tuberkulose stattfindet.

7. Bei Erwachsenen werden die Lungenspitzen vorwiegend und zuerst von der Lungentuberkulose befallen. Einer der Hauptgründe dafür scheint die geringere Atemtätigkeit der Lungenspitzen zu sein, welche durch vorüberghende Atelektase, geringere Durchblutung und Verzögerung der Lymphbewegung eine Ansiedelung der Tuberkelbazillen begünstigt. Bei der stärkeren Entwicklung der Oberlappen- und Spitzenprozesse spielen die gleichen Faktoren eine Rolle. Auf der anderen Seite begünstigt aber auch die relative Ruhigstellung der Spitzen eine Neigung zur bindegewebigen Ausheilung tuberkulöser Prozesse, wie die häufigen, alten, abgeheilten Spitzenbefunde beweisen.

8. Bei der Lungentuberkulose ist die Blutarmut eines der frühesten Symptome. Sie ist bedingt durch die Giftwirkung des Tuberkulins, das aber auch vorübergehend dadurch einen Reiz zur Blutneubildung auf das Knochenmark ausüben kann. Der feinste Reiz für die Blutneubildung ist der Sauerstoffmangel, auf den direkt oder indirekt die Wirkung aller bisher bekannten, älteren und neueren, physikalischen und arzneilichen Blutanregungsmittel zurückzuführen ist.

Alle diese üben durch partielle Blutzerstörung einen Reiz auf das Knochenmark aus. Da das Tuberkulin beim Erkrankten bereits in der gleichen Richtung wirkt, ist bei der Lungentuberkulose im allgemeinen möglichst das primäre Blutvermehrungsmittel des akuten Sauerstoffmangels zu benutzen. Dieser ist bei körperlicher Betätigung bereits durch das erhöhte Sauerstoffbedürfnis gegeben. Grundbedingung für die Blutneubildung ist eine gute Ernährung.

9. Die Symbiose mit dem Trichophytonpilz liefert nicht nur ein abgeschwächtes Tuberkulin, sondern durch die fermentative Wirkung dieses Pilzes auch eine Reihe von besonders gearteten Abbauprodukten aus dem Tuberkelbazilleneiweiß. Dies beweisen die angestellten chemischen und serologischen Untersuchungen. Experimente haben fernerhin bewiesen, daß die Einverleibung von Trichophytonprodukten unschädlich ist, und daß die örtlichen Reaktionen durch Tuberkulin Rosenbach nicht von diesen hervorgerufen werden.

10. Die Lungentuberkulose gibt aus mechanischen Gründen häufiger Anlaß zu operativen Eingriffen zwecks Ausheilung der Kavernen, während die Knochentuberkulose in den meisten Fällen durch spezifische

Therapie oder entsprechende Allgemeinbehandlung zur Ausheilung kommt. Besonders günstig heilten die aus dem Felde mit äußerer Tuberkulose zurückgekehrten Soldaten bei Behandlung mit Alt-Tuberkulin. Hervorgehoben wird ein Fall, bei dem wahrscheinlich ein alter ausgeheilter Herd durch Lungenschuß eröffnet wurde; dadurch war eine lokale Lungentuberkulose und eine Kniegelenkmetastase entstanden. Da es sich meist um junge, widerstandsfähige Individuen handelte, wurde mit der Tuberkulinkur oft schon in wenigen Wochen Besserung und in wenigen Monaten Heilung erzielt, so daß auch bei schweren Fällen die Resultate weit bessere waren als im Frieden. Bei ätiologisch unklaren Fällen sollte das Tuberkulin auch häufiger diagnostisch angewendet werden.

11. In einem der seltenen Fälle von klinischer Tuberkulose der Harnröhre und Blase beim Weibe wurde radikal operiert. Nach fast totaler Exstirpation der Blase wurden die Uretheren in die Vagina implantiert. Die Patientin erscheint geheilt, im Urin wurden keine Tuberkelbazillen gefunden.

12. Höhensonne und Röntgenstrahlen wirken durch Anlocken von Eiterzellen und durch ihre fermentauslösende und verstärkende Wirkung günstig auf tuberkulöse Prozesse. Die Kombination beider Methoden wurde mit gutem Erfolge bei Tuberkulose der Knochen, Gelenke und Drüsen angewendet.

13. Bei geeigneter Auswahl der Fälle und richtiger Indikationsstellung leistet die Röntgentherapie gutes bei der Behandlung der Lungentuberkulose. Zur Behandlung eignen sich die stationären und chronisch sich entwickelnden Fälle mit langsamer Ausbreitungstendenz. Bei insgesamt 123 abgeschlossenen Fällen wurde ein guter Erfolg bei 40 Fällen von geschlossener, stationärer Phthise beobachtet. Unter 60 Fällen mit offener stationärer und langsam progredienter Tuberkulose wurden 19 wesentlich gebessert. Von 23 fieberhaften und progredienten, zum Teil kavernösen Phthisen reagierten nur drei gut. Vor kritikloser Anwendung der Bestrahlung muß gewarnt werden, da die Methode nicht indifferent ist. Individualiserung ist notwendig, die Kombination mit Quarzlichttherapie zu empfehlen.

14. Bei den Fällen von fieberhafter oder komplizierter Tuberkulose, die durch eine Gravidität ungünstig beeinflußt werden, genügt nicht die Unterbrechung der Schwangerschaft. Man muß bei solchen Frauen, besonders wenn sie schon lebende Kinder besitzen, durch Sterilisation einer neuen Konzeption vorbeugen. B u m m empfiehlt die Totalexstirpation des Uterus und der Ovarien, weil der veränderte Stoffwechsel und der dadurch bedingte Fettansatz günstig bei den Patientinnen wirkt. Von 34 so behandelten Fällen der Berliner Frauenklinik ist bei 26 noch am Leben befindlichen Frauen das Lungenleiden so zur Ausheilung gekommen.

15. Trotz des nicht allzu seltenen Vorkommens einer Nierentuberkulose (10—24% aller Tuberkulosefälle) kam nur einmal die Frage einer traumatischen Nierentuberkulose zur Begutachtung. Auch in diesem Falle mußte aus Wahrscheinlichkeitsgründen im Zusammenhang mit dem Trauma, einer Quetschung des Hodens mit anschließender Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens, abgelehnt werden. Doch ist es durchaus nicht ausgeschlossen, daß Fälle vorkommen können, in denen ein solcher Zusammenhang anzunehmen ist.

16. Es gibt eine entzündliche Atrophie der Nebennieren, die das typische Bild der Addisonschen Krankheit hervorruft. In den so veränderten Nebennieren könnte sich infolge des mangelnden Fettgehaltes leicht eine Tuberkulose ansiedeln. Diese Annahme würde die seltenen Fälle von isolierter Nebennierentuberkulose leichter erklärlich machen, bei denen man in anderen Organen keine tuberkulösen Veränderungen findet.

17. Die ersten beiden Fälle dieser Erkrankungsform wurden von O r t h beschrieben. Ein in *Eppendorf* beobachteter Fall wurde durch Probelaparotomie und histologische Untersuchung einer Probeexzision mit Nachweis von Tuberkelbazillen sichergestellt. Makroskopisch ist die Diagnose auch nach der Probelaparotomie unsicher. Eine Heilung des Leidens ist nur bei frühzeitiger Diagnose durch operativen Eingriff möglich.

18. Bei einem $12^1/_2$jährigen Knaben mit physikalischem und röntgenologischem Lungenbefund und mit positiver v. P i r q u e t - Reaktion und subkutaner Tuberkulinreaktion ergab die Sektion eine Aktinomykose des Unterlappens rechts, die sich auf das Mediastinum und den Herzbeutel ausgebreitet hatte. Die Venen im Geschwulstgebiet waren zum Teil thrombosiert, im Thrombus waren keine Aktinomyzesmassen nachweisbar. Nur an der Mündungsstelle der Vena azygos in die Cava superior saß ein Gebilde, das einem Intimatuberkel ähnelte und vielleicht eine aktinomykotische Wucherung darstellte. Stauungsorgane bei Herzinsuffizienz und hämorrhagische Infarkte in den Lungen infolge von Embolie der Lungenarterienäste ergänzten den Befund.

19. Tuberkelbazillen aus Kulturen von drei verschiedenen Typen wurden im Luminiszenzmikroskop untersucht. Dabei erscheinen die Bazillen vom Typus bovinus in einem grünstichigen Blau, die vom Typus humanus in weißlichem Blau mit einer mattvioletten, gelblichrotbraunen Tönung und die von Fischtuberkulose in reinem lebhaften Himmelblau. Mit dem wesensverschiedenen Ultramikroskop hatte schon früher C. S p e n g l e r optische Unterscheidungsmerkmale festgestellt.

20. Bei intravenöser Impfung von Kaninchen mit menschlichen Tuberkelbazillen ließen sich in der Leber zahlreiche intrakapilläre Riesenzellen nachweisen, die deutlich durch Quellung und Verschmelzung des Endothels mit amitotischer Kernvermehrung ohne Beteiligung eines Blutpfropfens gebildet waren. Ebenso war bei einem Lymphangiofibroma cutis das die Lymphräume auskleidende Endothel an zahlreichen Stellen durch Quellung des Zelleibes, Amitose der Kerne und Konfluenz mehrerer Endothelien zu mächtigen Riesenzellen, bzw. Synzytien umgewandelt. Bei einem angioplastischen Sarkom des Humerus dagegen waren außer den Endothelien der Gefäße wahrscheinlich auch das Blut, und zwar besonders das Hyalin daraus an der Bildung der Riesenzellen beteiligt.

21. Untersucht wurden 22 Fälle von Hämoblastose, davon 12 Fälle von typischer Lymphogranulomatose, 5 Fälle von aleukämischer Lymphombildung, 3 Fälle zweifelhafter Natur und 2 Fälle von echter Tuberkulose. Bei der Lymphogranulomatose besteht kein ätiologischer Zusammenhang mit der Tuberkulose. Auch die ätiologische Bedeutung der Fraenkel - Muchschen Granula wird nicht anerkannt. Mikroskopisch-pathologisch läßt sich davon das aleukämische Lymphom unterscheiden. Bei 4 geprüften Fällen fand sich 2mal ein positiver Tierversuch, einmal für den Typus humanus, einmal für den Typus bovinus. Ätiologisch hat der Befund aber nichts mit dem aleukämischen Lymphom zu tun.

22. Das Befallensein des Lungenazinus, auf dessen Bedeutung besonders N i c o l aufmerksam gemacht hat, gibt ein gutes Einteilungsprinzip für viele Formen der chronischen Lungentuberkulose. Von Peribronchitis sollte man nur da sprechen, wo tatsächlich das Bindegewebe in der Umgebung eines Bronchus erkrankt ist. Greift die tuberkulöse Granulation auf die Bronchioli respiratorii über, so kommt es zur Bildung azinöser oder konglomerier' azinöser (azinös-nodöser) Herde. Je nach der Natur des Prozesses können die tuberkulösen Veränderungen einen mehr produktiven oder mehr exsudativen Charakter zeigen. In der Regel sieht man beide Prozesse nebeneinander hergehen —

wie bei der Karnifikation einer käsigen Pneumonie — weshalb die von Orth vorgeschlagene Trennung dieser beiden Vorgänge nur allmählich Anerkennung gefunden hat.

23. Da die tuberkulöse Infektion meist von den Luftwegen ausgeht, so muß bei isolierter *Peritonealtuberkulose* nach einem solchen Ausgangspunkte gesucht werden. In einem Falle fand sich ein tuberkulöses Geschwür am Larynx, während die Lungen frei waren. Die Verbreitung auf die Pleura erfolgte wohl auf dem Wege der Lymphbahnen, die auf das Peritoneum auf dem Blutwege. In anderen Fällen, die zum Teil mit Leberzirrhose kombiniert waren, muß man an das Haften einer Fütterungstuberkulose bei geschädigten Organen denken. Ähnlich wirkte wohl eine schwere Diphtherie und Nephritis, eine Lymphogranulomatose usw. als prädisponierendes Moment (Aszites!).

Die *Schleimbeutel* (Bursae mucosae) müssen im Gegensatz dazu als sehr geeignete Stätten einer primären Ansiedelung des Tuberkelbazillus gelten. Auch bei blastomatösen *Zysten* des Ovariums kann die stagnierende Inhaltsmasse einen guten Nährboden für die Ansiedelung einer tuberkulösen Infektion geben.

Die tuberkulöse Infektion natürlicher und krankhafter Hohlräume wird begünstigt durch jede Ansammlung exsudativer oder transsudativer Flüssigkeiten in ihnen.

24. Sind beide Prozesse alt, so läßt sich meist schwer entscheiden, welches der primäre ist. Ist die Tuberkulose das primäre, so kann sie als präkanzeröse Veränderung die Ansiedelung des Karzinoms begünstigen. Jedoch kann auch auf der Basis eines Karzinoms sich eine Tuberkulose ansiedeln. Indessen muß man von den Fällen absehen, bei denen nur das Aufflackern einer alten Tuberkulose dadurch verursacht wird. Außerdem gibt es Fälle, wo man auf dem Boden eines Karzinoms eine Tuberkulose an Stellen aufgetreten sind, die sich sonst nie als primäre Ansiedelungsorte der Tuberkulose finden, wie Leber und Mamma, während die anderen Organe frei von Tuberkulose sind.

Hier muß man daran denken, daß die tuberkulöse Veränderung durch das vorhergehende Karzinom verursacht ist. Als Erklärung wird in besonders prägnanten Fällen angenommen, daß es sich gar nicht um echte, durch den Tuberkelbazillus verursachte Tuberkulose handelt, sondern um Pseudotuberkulose.

25. Die Färbung mit Kresylviolett (R. extra) erlaubt es, basophile Granula, Kolloid, Schleim, junges Bindegewebe, Knorpel und Bakterien in besonders scharfer Weise, oft durch Kontrastfärbung — rot gegen blau — darzustellen. Sie eignet sich daher besonders gut zum Studium tuberkulöser Prozesse, wie an einigen Beispielen gezeigt wird. Da Mißerfolge bei der Methode indessen nicht selten sind, eignet sie sich nur für die Forschung und nicht für den Unterricht.

26. Literaturstudien und eigene Erfahrungen über den Wert der Tuberkuloseschutzimpfung bei Rindern mit den verschiedenartigen Methoden (Bovovakzin nach v. Behring, Tauruman nach R. Koch, Antiphymatol Klimmer, Impfung nach Heymans usw.) führten zu dem Ergebnis, daß zur Zeit kein Schutzimpfverfahren existiert, das den Rindern einen ausreichenden Schutz gegen die natürliche Tuberkuloseansteckung verleiht. Auch die bei der Anwendung einzelner Impfstoffe gelegentlich zu beobachtende Heilwirkung auf bereits vorhandene tuberkulöse Prozesse ist kein Faktor, mit dem bei der Bekämpfung der Rindertuberkulose ernstlich gerechnet werden kann.

27. Die Mehrzahl der ins Feld gehenden Soldaten hat bereits früher einmal Tuberkelbazillen in sich aufgenommen. Durch Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Körpers kann es zum Ausbruch der Erkrankung kommen. Diese kann durch exogene Ursachen bedingt sein, wie Erkältungen und Infektionskrankheiten, körperliche Überanstrengung, mangelhafte Ernährung, Verwundungen und Gasschädigungen. Von endogenen Ursachen steht früher durchgemachte Tuberkuloseerkrankung an erster Stelle. Außerdem familiäre Belastung, Organdisposition — durchgemachte Pneumonie, Pleuritis, behinderte Nasenatmung —, gewerbliche Disposition, und die Konstitution. Über die Bedeutung von Alkoholismus und Nikotinabusus läßt sich noch nichts sagen. Die *Ausbreitung* der tuberkulösen Erkrankung erfolgt meist von der Spitze aus, seltener vom Hilus her.

Der umgehende Transport der Tuberkulösen aus dem Felde in die Heimat ist dringend notwendig. Bei der Tuberkulinreaktion ist auch bei bestehendem Fieber ein Tuberkulinanstieg diagnostisch verwertbar. Hygienisch-diätetische Behandlung, Tuberkulin in vorsichtiger Anwendung und Strahlentherapie mit Röntgen- und Sonnenlicht wurden mit gutem Erfolge verwendet. Ausgeheilte Fälle werden in die Garnison oder ins Feld zur Truppe gesandt. Fälle mit Ausheilungstendenz werden in die Heilstätte gebracht oder als zeitweise dienstuntauglich entlassen. Stationäre Fälle werden im Bureau oder im Beruf bei der Truppe verwendet oder ihrem bürgerlichen Berufe wieder zugeführt. Die aktiven fortschreitenden Tuberkulosen werden als dienstuntauglich entlassen.

28. 600 Kinder vor dem Kriege wurden mit 658 während des Krieges untersuchten statistisch verglichen.

Mit zunehmendem Alter des Kindes festigt sich seine Immunität gegenüber dem erlittenen Infekt. Unter den Säuglingen von 1—3 Monaten war vor dem Kriege keiner tuberkulös; alle hatten negative v. Pirquetsche Reaktion. Während des Krieges hatte von 41 Kindern 1 Säugling eine positive Reaktion und starb trotz frühzeitiger Trennung von der tuberkulösen Mutter an Miliartuberkulose. Dies ist der einzige Fall, der an eine auf dem Wege des Plazentarkreislaufes embryonal erworbene Tuberkuloseinfektion denken läßt. Während des Krieges hat naturgemäß die Zahl der Tuberkuloseinfektionen und Tuberkulosetodesfälle und insbesondere die der latenten Infektionen bei den Kindern zugenommen.

29. Man muß annehmen, daß mehrere hunderttausend Kinder jährlich mit dem Typus bovinus des Tuberkelbazillus infiziert werden. Die auffällige Vermehrung der Fälle von primärer, tuberkulöser Darminfektion im Kriege spricht für eine erhöhte Infektionsgefahr durch den Genuß von infizierter Milch oder von tuberkulös infiziertem Fleisch. In der Hälfte der Fälle wurden dabei aus den Mesenterialdrüsen Tuberkelbazillen des Typus bovinus gezüchtet; allerdings sind die Untersuchungsziffern des beobachteten Sektionsmaterials noch klein und bedürfen der Ergänzung durch anderweitig gemachte Beobachtungen.

E. Fränkel (Heidelberg).

496. Die Untersuchung der Mundrachenhöhle; von Gerber. (Med. Klin. 1917. Nr. 18. S. 495.)

G. bestätigt die Angaben anderer über die Bedeutung, die Krankheiten der Mundrachenhöhle für die allgemeine Gesundheit und namentlich für die Dienstfähigkeit Einzelner haben können, und gibt durch gute Abbildungen erläuterte Anweisungen zur Untersuchung dieser Organe. Kadner (Dresden-Loschwitz).

497. Über Magensaftuntersuchungen bei Dysenterie-, Typhus- und Paratyphuserkrankungen; von R. Brünauer. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 292.)

An Kranken und Rekonvaleszenten wurden 250 Untersuchungen vorgenommen, um zu ermitteln: 1. ob und

wie häufig bei infektiösen Erkrankungen des Magendarmkanales An- bzw. Subazidität auftritt, 2. wie lange die Anazidität anhält, 3. wodurch sie rasch zu beseitigen wäre. Es wurden untersucht 149 Fälle von bazillärer Dysenterie, 65 Fälle von Typhus abdominalis, 30 Fälle von Paratyphus A und B, 6 Fälle von Misch- bzw. Sekundärinfektionen. Es wurde festgestellt, daß die *anfängliche Anorexie bei Typhus und Paratyphus schon im Anfang der Entfieberung schwindet,* während diese *bei Dysenterie stets länger anhält* und oft noch besteht, wenn der dysenterische Prozeß längst abgeklungen ist. Die *Magensäfte* bei Patienten der beiden Krankheitsgruppen zeigten insofern wesentliche Unterschiede, als *bei Ruhrkranken auffällige Beimengungen von Schleim* gefunden wurden. B. nimmt als *Ursache hierfür und für die Anazidität das Bestehen einer wahrscheinlich toxischen Gastritis* an. Dieses Verhalten bedinge auch das nicht seltene Auftreten von gastrogenen Diarrhöen in der Rekonvaleszenz von Dysenterie, sowie von Residualcolitis, Störungen, die zu Anämie und Kachexie führen. Salzsäureverabreichung und Diät neben Bekämpfung des dysenterischen Prozesses bewirken eine verhältnismäßig rasche Besserung der Salzsäurereaktion.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

498. **Behandlung bedrohlicher Zustände bei Leberkrankheiten (Gallensteine, akute gelbe Leberatrophie);** von Grober. (D. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 289.)

G. sagt, der Kollaps bei akuten Gallensteineinklemmungen sei oft wirksamer mit narkotischen Mitteln — in ausreichenden Dosen! — als mit Exzitantien zu bekämpfen, wenn es sich um einen gesunden Kreislauf handelt. — Ebenso ist die Unruhe der Kranken mit akuter gelber Leberatrophie, die auf Intoxikation beruht, mit narkotischen Mitteln zu bekämpfen, aber gleichzeitig können Kreislaufexzitantien Anwendung finden. Aderlaß mit nachfolgenden Kochsalzinfusionen wirkt zur Befreiung des Körpers von zirkulierenden Giften günstig. Ebenso Wassertrinken, — Ableitung auf den Darm — Kalomel 0,3—0,5 oder Ol. Ricini und ähnliches. *Die Prognose der gelben Leberatrophie ist nicht für alle Fälle ungünstig.*

Kadner (Dresden-Loschwitz).

499. **Kritische Betrachtungen zur sogenannten ulzerösen Entzündung des Dickdarmes (Colitis ulcerosa, Colitis gravis, Colitis chronica purulenta) und zum Verhalten dieses Leidens zur Dysenterie;** von A. Gluzińsky. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 18. S. 549.)

Gl. hält es für *unrichtig, daß man die Diagnose Colitis ulcerosa, gravis, purulenta nur auf Grund eines negativen bakteriologischen Befundes stelle, obwohl das Krankheitsbild ganz und gar der Dysenterie entspreche.* Kučera und Gasiarowski hätten nachgewiesen, daß der negative bakteriologische Befund im Stuhl noch keineswegs eine Dysenterie ausschließe, und erst Agglutinationsproben mit dem Blute der Kranken und verschiedenen Stämmen der Dysenteriebazillen diese Frage entscheiden. Die ausführliche Schilderung eines Krankheitsfalles zeigt, daß diese Ansicht Berechtigung hat.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

500. **Zur Behandlung der Blinddarmentzündung;** von E. Sehrl. (Med. Klin. 1917. Nr. 10. S. 267.)

Die akute Blinddarmentzündung kann sowohl chirurgisch als konservativ geheilt werden. Hinsichtlich des letalen Ausganges ist es zum mindesten fraglich, ob die Operation bessere Resultate in bezug auf Vermeidung desselben erzielt. Cordes (Berlin).

501. **Zur Ätiologie der Appendizitis;** von Gelinsky. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 23. S. 743.)

G. weist darauf hin, daß die *Appendizitis unter den Eingeborenen Chinas und Persiens, die vegetarisch leben, unbekannt* ist, während die Krankheit die dort lebenden Europäer, die Fleischesser sind, wie in der Heimat befällt. Dieser nosologische Unterschied scheine nichts mit der Verschiedenheit der Rassen zu tun zu haben, wohl aber mit dem der Lebensweise, der darin bestehe, daß die Europäer sich animalisch ernähren. Diese Vermutung finde Bestätigung durch den Rückgang der Appendizitiserkrankungen in Deutschland mit der Rationierung der Fleisch- und Fettverhältnisse. Kadner (Dresden-Loschwitz).

502. **Idiopathische Dilatation des Zökums (Megazökum, Hirschsprungsche Krankheit);** von E. Haim. (Med. Klin. 1917. Nr. 22. S. 604.)

42jähriger Patient leidet seit 25 Jahren an Bauchschmerzen; angeblich bestand nie vorher Verstopfung oder Erbrechen; er erkrankte plötzlich an heftigsten Schmerzen, Erbrechen, Verstopfung. Verschlimmerung des Zustandes läßt chirurgischen Eingriff erforderlich erscheinen. Bei Eröffnung des Bauches wird Darmperforation festgestellt. Der Bauch ist durch einen kindskopfgroßen, weichen Tumor ausgefüllt, der vom dem Zökum gebildet wird, welches ein freies Mesenterium besitzt und eine Perforationsstelle zeigt. Resektion des Zökums. Tod. H. nimmt an, daß die Abnormität eine angeborene war: auf angeborener Hypertrophie und Erweiterung eines Dickdarmabschnittes beruhende Hirschsprungsche Krankheit.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

503. **Tympanismus vagitonicus;** von Bálint. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 18. S. 425.)

Bespricht ein von B. in den letzten 2 Jahren häufig beobachtetes Krankheitsbild, dessen Namen er hauptsächlich auf nur ein Symptom dieses Krankheitsbildes bezieht.

Es handelt sich um bei Neurosen auftretende starke tympanische Erscheinungen des Bauches, die gar nicht auf Atropin zurückgehen. B. schließt auf eine Verschiebung der inneren Sekretion und spricht das ganze als Vagusneurose an. Cordes (Berlin).

VI. Nervenheilkunde.

504. **Über die Resultate der Kaufmannschen Behandlung;** von R. Levy. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 170.)

Bericht über den Dauererfolg aus der Kaufmannschen Behandlung entlassener Fälle; beim Eintreffen in der Genesungskompagnie zeigten dieselben ihre früheren Zustände in gleichem, zuweilen in verstärktem, selten in abgeschwächtem Maße wieder. L. empfiehlt deshalb direkte Entlassung der nach Kaufmann behandelten Leute nach Hause, wie von Ref. schon längere Zeit bei Hysterikern in besonderen Fällen verfahren wird. Jolly (Halle).

505. **Zur Behandlung funktioneller motorischer Störungen nach Kaufmann;** von

R. Paschen. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 169.)

Von 45 Fällen trat bei nur 9 Fällen gar kein Erfolg ein, von diesen waren 8 gegen Hypnose refraktär gewesen. Bei 14 von den übrigen Fällen war ebenfalls ein Hypnoseversuch gemacht worden, bei dem 11 refraktär blieben. Die Methode wurde im wesentlichen nur angewendet bei schlaffen Lähmungen und Dysbasien, 25 Fälle wurden, wie P. berichtet, völlig symptomfrei, 4 wurden schwach, 6 stehen noch in Nachbehandlung. Jolly (Halle).

506. **Krankheitsanlagen und Krankheitsursachen im Gebiete der Psychosen und Neurosen**; von E. Meyer. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 3. S. 64.)

M. weist auf die außerordentliche Bedeutung der Krankheitsanlage bei den Psychosen und Neurosen hin. U. a. betont er das Auftreten hysterischer Erscheinungen ganz gleicher Art bei Soldaten, die gerade in das Feld gekommen sind, die lange im Feld waren und die überhaupt nicht im Feld waren; die Erfahrungen sprechen durchaus dagegen, daß selbst ganz besondere Erlebnisse ohne jede Disposition derartige Erscheinungen hervorrufen könnten.
Jolly (Halle).

507. **Bemerkungen zur „kontralateralen Behandlung funktioneller Lähmungen und Kontrakturen"**; von H. Curschmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 4. S. 111.)

C. führte 1906 das Prinzip der Einbahnung der paretischen Willkürbewegung durch seine symmetrische Mitbewegung der intakten Gegenseite als eine Komponente in die Übungstherapie Gelähmter ein, und zwar nicht nur für organische, sondern auch für funktionelle Lähmungen. Besonders bei der Nachbehandlung hysterisch Gelähmter erzielte er mit seiner Methode gute Erfolge. Jolly (Halle).

508. **Rekurrenslähmung nach Thoraxquetschung**; von F. Kobrak. (Med. Klin. 1917. Nr. 3. S. 67.)

Es handelte sich offenbar um eine Blutung im oberen Mediastinum durch stumpfes Trauma; Patient war mit dem Pferd gestürzt, so daß von dem auf ihm liegenden Pferde die linke Brustseite gequetscht wurde.
Jolly (Halle).

509. **Zwei Fälle von Meningokokkensepsis ohne Meningitis und ihre Diagnose**; von J. Zeißler und Fr. Riedel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 258.)

Die beiden geschilderten Fälle von Sepsis zeigen, daß *Meningokokken eine septische Erkrankung hervorrufen können, ohne zu Meningitis zu führen.* Die Diagnose der Meningokokkämie gründet sich auf den positiven Blutbefund, geprüft mittels der Menschenblut-Traubenzucker-Agar-Platte, der Gramfärbung, der Agglutination, der von Lingelsheimschen Zuckernährböden und der Kultur in gewöhnlicher Bouillon und auf gewöhnlichem Agar. — Die sogenannte kryptogenetische Sepsis kann durch Meningokokken hervorgerufen werden und ohne Exanthem verlaufen. — Therapeutisch werden mit aller Reserve intravenöse große Dosen von Aqua destillata empfohlen.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

510. **Ein Fall von Paratyphus-B-Meningitis**; von Walterhofen. (D. med. Woch. 1917. Nr. 33. S. 1036.)

Zehn Tage nach Ablauf eines Paratyphus B trat bei dem Kranken eine Meningitis auf, die günstig verlief. Der Bazillus des Paratyphus B konnte wiederholt aus dem Lumbalpunktat gezüchtet werden, nicht jedoch gleichzeitig aus Blut, Stuhl, Harn. — Die *einfache, wiederholte Lumbalpunktion* bewährte sich als *hervorragende symptomatische Behandlung.*
Kadner (Dresden-Loschwitz).

511. **Chronisch meningitische Erkrankungen und deren Behandlung mit Röntgenstrahlen**; von E. Kodon. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 144.)

Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt K. annehmen zu sollen, daß auch für Epilepsie infektiöse Noxen im Sinne einer partiellen Infektion der Hirnhäute, welche entweder eine Metastasierung auf dem Blut- oder Lymphwege oder durch eine embryonale Einschließung bereits im Fötalleben irgendwo in der Gehirnmasse nahe reizbarer motorischer Zentren eine Rolle spielen. Als Ausgangspunkt ist Tuberkulose, die in 75% der Fälle in der Familie nachgewiesen werden konnte, anzusehen und die chronisch meningitische tuberkulöse Behandlung wurde mit in Bereich der Röntgenbehandlung gezogen. K. berichtet über die behandelten Fälle und betont den Wert der Röntgenbehandlung für diese Kranken.
Cordes (Berlin).

512. **Zur Symptomatologie des Hydrocephalus internus**; von N. R. E. Antoni. (Neur. Zentralbl. 1917. S. 1.)

Bei der durch Balkenstich mit Erfolg behandelten Patientin waren sehr heftige Anfälle von Kopfschmerzen und schließlich völlige Erblindung aufgetreten. Vor der Operation waren die Pupillen sehr erweitert, völlig lichtstarr, nach der Operation blieb die amaurotische Starre, die Pupillen machen jedoch anscheinend spontane Bewegungen bis zur Mittelweite und länger; außerdem gelingt es beim Zukneifen der Lider deutliche Kontraktion der Pupillen zu bekommen. Der Augenhintergrund war völlig normal, ebenso der sonstige körperliche Befund. Jolly (Halle),

513. **Über eine Epidemie von myositischer Pseudogenickstarre**; von Curschmann. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 1. S. 1.)

Mitteilung über eine 1908 beobachtete Epidemie, bei denen akuter fieberhafter polyarthritischer, häufiger aber noch mono- oder polymyositischer Rheumatismus, besonders im Beginn, in den meisten Fällen aber dauernd auf die Halsregion beschränkt war und der epidemischen Genickstarre bisweilen täuschend ähnlich sah. Veranlassung zur Veröffentlichung gab der Umstand, daß von etwas überängstlichen Kollegen bei Soldaten öfter der Verdacht der epidemischen Genickstarre in entsprechenden Fällen geäußert worden war. Jolly (Halle).

514. **Infantile paralysis treated with immune serum**; by O. H. Petty. (New York med. Journ. Bd. 104. Nr. 25. S. 1190.)

Immunisierendes Serum von unter seit 10 Jahren Erkrankten wurde in 11 Fällen August 1916 bei Kindern verwandt. Frühzeitiger Gebrauch ist notwendig, ob prophylaktische oder heilende Absichten vorliegen. Die spinale Injektion erfordert durchschnittlich weniger Serumflüssigkeit als Spinalflüssigkeit entfernt wird. Bei Kindern ist die Gabe von 10 cm³ nicht zu überschreiten. Man erhält als unmittelbare Wirkung Abfall der Temperatur, Rückgang

der nervösen Erscheinungen, auch Wiedereintritt der Funktion. Diese Resultate dürften sehr nachzuprüfen sein. von Noorden (Bad Homburg).

515. **A theory as to the causation of poliomyelitis;** by D. W. Wynkoop. (New York med. Record Bd. 90. Nr. 22. S. 936.)

Der Schutz gegen die Krankheit wird in antitoxischen Substraten, welche in den Nervenzellen und in den Lymphdrüsen schlummern, gesucht. Hochwertiges Poliomyelitisserum konnte die Krankheit experimentell nicht erzeugen. Die normale Absonderung gesunder Drüsen scheint W. die Immunität zu begünstigen. Vielleicht ist mit spinalen Drüsensaft-Injektionen Heilung und Prophylaxe zu erreichen.

von Noorden (Bad Homburg).

516. **The management of the recent epidemic of poliomyelitis in New York City from the neurologist's viewpoint;** by W. M. Leszynsky. (New York med. Record Bd. 90. Nr. 22. S. 934.)

Nach dem Austritt aus dem akuten Stadium hat in weit größerem Maße gegen Lähmung, Atrophie und trophische Störungen gemeinsame Arbeit der Neurologen und Orthopäden einzusetzen, um die beste Zeit für die Nachkuren nicht zu verlieren. Die Nachbehandlung scheint in großem Stile durchgeführt zu sein. Die Frage wuchs bei der enormen Epidemie (8927 Fälle) zu einem sozialen Problem aus.

von Noorden (Bad Homburg).

517. **A trial of Goodman's „Autoserum" treatment of chorea;** by H. K. Faber. (Calif. State Journ. of Med. Jan. 17. S. 27.)

Zur Ausführung der von Goodman angegebenen Therapie der Chorea mit Autoserum wird des Patienten eigenes Serum zentrifugiert und pipettiert, sodann durch halbstündiges Erwärmen auf 56° C inaktiviert. Man läßt 20 ccm Zerebrospinalflüssigkeit ab und injiziert 15—18 ccm Serum langsam intraspinal. Oft erfolgt eine Reaktion in Gestalt von Erbrechen und Kopfschmerzen. In 3 Fällen erfolgte promptes Aufhören der Symptome.

Fischer-Defoy (Dresden).

518. **Diagnostische Schwierigkeiten bei Krampfleiden;** von G. Flatau. (Med. Klin. 1917. Nr. 1. S. 9.)

Die Arbeit bietet keine neuen Gesichtspunkte, sondern bringt nur eine Aufzählung differentialdiagnostischer Momente zwischen Hysterie und Epilepsie, wobei Fl. auf zahlreiche Fälle seiner Praxis eingeht. Die wichtigsten Anhaltspunkte bietet die Anamnese bzw. Heredität. Zu achten ist auf das Vorhandensein einer Aura, die in ganz verschiedener Form in die Erscheinung treten kann, z. B. in Herzklopfen, Angst, Übelkeit, Ohrensausen, Gesichtshalluzinationen, Gefühl besonderer Freiheit und anderen psychischen Veränderungen. Wichtig für die Diagnose Epilepsie ist das Vorkommen der Anfälle von „Petit mal", die oft nur in kurz vorübergehender psychischer Alteration bestehen und bisweilen große Ähnlichkeit mit Ohnmachten haben. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

VII. Chirurgie.

519. **Regeneration und Narbenbildung in offenen Wunden, die Gewebslücken aufweisen;** von A. Bier. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 9. S. 201.)

Die guten Resultate, die bei subkutanen Gewebslücken durch zweckmäßige Behandlung erreicht werden (z. B. primärer Wundverschluß bei Knochenlücken!) regten B. zum Studium der Ausheilungsvorgänge bei offenen Gewebslücken an. Wenn auch eine völlige Restitutio ad integrum, ein Ersatz der Lücke durch das ursprüngliche Gewebe (Knochen, Muskel usw.) nicht möglich ist, so sind wir doch imstande, durch eine möglichst zweckmäßige Wundbehandlung eine Narbe zu erzielen, die ohne zu entstellen, ohne zu schädigen und ohne zu belästigen, einen möglichst vollkommenen Ersatz für das verlorengegangene Gewebe bietet. Eine Reihe von Bedingungen ist es, von deren Erfüllung eine zweckmäßige Regeneration und Heilung abhängig ist. Zunächst die Erhaltung der Gewebslücke; zu früher Schluß der Lücke durch Epidermis schließt naturgemäß eine Regeneration der Lücke aus. Zweitens ist von großer Bedeutung ein geeigneter Nährboden, am günstigsten ist das Blut, aber auch Serum und Eiter bilden gute Nährböden für das Regenerat. Genügende Blutzufuhr, Wärme und Feuchtigkeit, sowie eine möglichst weitgehende Verhütung der Infektion sind weitere wichtige Erfordernisse. Fremdkörper in Gestalt von Drains und Tampons stören den Regenerationsprozeß deutlich. Bei offenen Wunden ist eine zu rasche Epithelisierung von Nachteil, eben weil die Gewebslücke dann noch nicht ausgefüllt ist und nur eine dünne Epitheldecke die Lücke überkleidet. B. suchte nun die Verhältnisse, wie sie bei der subkutanen Regeneration liegen, dadurch nachzuahmen, daß er die verschiedenartigsten offenen Wunden (torpide Geschwüre nach Kriegsverletzungen, alte Unterschenkelgeschwüre, Knochenwunden bei chronischer Osteomyelitis usw.) mit wasserdichtem Stoff überdeckte und bei möglichster Ruhe sich selbst überließ; nach 14 Tagen bis 4 Wochen wurde dann der Verband entfernt, und es zeigte sich, daß die Granulationen solcher Wunden sehr viel kräftiger waren als bei der bisher üblichen Behandlung; der Eiter, der sich naturgemäß bei solchem Luftabschluß bildet, ist einerseits ein vorzüglicher Nährboden für die Granulationen, andererseits verhindert er die zu frühe Epithelisierung. Entfernt man dann später diesen Verband, so pflegt sich die Wunde meist sehr rasch zu überhäuten; die Gewebslücke ist dann mehr oder weniger ausgefüllt und die Narbe unterscheidet sich viel weniger von der gesunden Umgebung. Akute Infektionen eignen sich natürlich nicht für diese Behandlung. Um eine rasche Epidermisierung einer Wunde zu erzielen, ist die „Heilung unter dem Schorf" das älteste und beste Verfahren.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

520. **Über die Anstrebung der Primärheilung bei der operativen Entfernung tief im Knochen steckender Geschosse;** von K. Kolb. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 18. S. 377.)

Wenn man den Knochen so eröffnet, daß man einen Deckel aus der Kortikalis bekommt, den man nach der Entfernung des Geschosses wieder an seine Stelle setzt, so hat man die Möglichkeit, die Knochenwunde primär zu schließen, und kann bei glatter Heilung eine Wiederherstellung in kurzer Zeit erreichen. Wichtig ist allerdings, daß das Geschoß reaktionslos eingeheilt ist, und daß sich bei der Operation keine Entzündungsprozesse nachweisen lassen.

Wagner (Leipzig).

521. **Die operative Entfernung tief im Knochen liegender Geschosse;** von O. Wolff. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 237.)

W. empfiehlt bei *aseptisch* eingeheilten, tief im Knochen sitzenden Geschossen eine quasi osteoplastische Knochentrepanation: Ein Knochenlappen wird herausgemeißelt und hernach wieder nach Extraktion des Geschosses an die alte Stelle gebracht. In einem so operierten Falle sah W. primäre Heilung. Der Vorteil dieses Verfahrens gegenüber den sonst oft nach Knocheneröffnung entstehenden langdauernden Fisteln liegt auf der Hand.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

522. **Die Operation der Steckgeschosse im Röntgenlicht;** von P. Klaar und H. Wichtel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 25. S. 774.)

Die Operation der Steckgeschosse unter unmittelbarer Leitung des Röntgenlichtes kann mit den einfachsten, in jedem Röntgenzimmer vorhandenen Behelfen bei Einhaltung einer gewissen Technik ausgeführt werden, ohne daß besondere röntgenspezialistische Vorrichtungen und Kenntnisse notwendig sind. Als Operationsraum dient entweder ein Röntgenzimmer, an dem von allen Seiten freie Zugänglichkeit zu dem Röntgentisch mit der Untertischröhre vorhanden ist, oder in größerem klinischen Betriebe im Operationssaal, dem hier wegen der besseren Wahrung der Asepsis und besseren Vermeidung von Verschleppungsinfektion der Vorzug zu geben ist. Von einem Assistenten wird der mit steriler Hülle bedeckte Durchleuchtungsschirm gehalten, von einer weiteren Hilfskraft das mit sterilen Tüchern bedeckte Holzstativ mit der Reflektorglühlampe unter Vermeidung einer Blendung für die bei der Operation Beteiligten geleitet. Nach genauester Vorbestimmung der Lage des Geschosses wird das Röntgenlicht erstens benutzt, um vor Anlegung des Operationsschnittes den gewünschten Weg zu sichern und weiterhin beim Entbinden des Geschosses als Maßregel zur Verhütung des durch das elastische Abrücken verursachten unnützen Herumsuchens im Gewebe. Der Operationsschnitt und die Entfernung des Steckgeschosses geschehen im gewöhnlichen Licht. Zum Schutz aller Anwesenden ist ein für Röntgenstrahlen undurchlässiges Bleikästchen der Untertischröhre erforderlich. Bei Einhaltung der angegebenen Arbeitstechnik, die sich durchaus auf der breiten Basis selbstverständlicher chirurgischer Voraussetzungen bewegt, kann jeder Chirurg die Steckgeschoßentfernung unter unmittelbarer Leitung des Röntgenlichtes mit Erfolg ausführen.

Kautz (Hamburg).

523. **Die Bestimmung der Lage und Wirkung von Steckschüssen mittels der Röntgenstrahlen;** von E. Grunmach. (D. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 457.)

Die bei Steckschußverletzung der Brust- und Bauchorgane gewonnenen Resultate beweisen, daß die Röntgenstrahlen den alten Untersuchungsmitteln weit überlegen sind, nicht nur zur genauen Lagebestimmung der in wichtigen Organen steckenden Geschosse, sondern auch zur Beurteilung ihrer Wirkung auf die Funktion dieser Organe mittels der Leuchtschirmkontrollprüfungen, daß sich also zur Begutachtung von Rentenansprüchen bei Organsteckschüssen aus den Durchleuchtungsbefunden maßgebende, diagnostische Schlüsse auf die Funktion der verletzten Körperteile ziehen lassen.

Kautz (Hamburg).

524. **Über Späteiterungen nach Schußverletzungen;** von Th. v. Mutschenbacher. (Der Militärarzt 1917. Nr. 4 u. 5. S. 82.)

Es mehren sich die Fälle, bei denen nach einer primären Heilung in kurzer Zeit sich wieder eine heftige Eiterung einstellt. Geheilte Wunden finden sich, bei denen nach längerer Zeit ein zufälliges Trauma, ein operativer Eingriff, Massage, Redressement oder irgendeine andere Ursache zu einer schweren, nicht selten tödlichen Eiterung führt.

Die die Späteiterung hervorrufenden Bakterien können im Organismus auf zweierlei Art verborgen leben:

1. Bei ihrem Eindringen verursachen sie eine Entzündung und nach Ablauf der Eiterung leben sie in den Geweben weiter.

2. Sie dringen mit einem Fremdkörper ein, bleiben an ihm haften, abgekapselt, ohne Erscheinungen zu verursachen. Diese Abkapselung wird am meisten durch die Blutgerinnsel vollzogen, und zwar so, daß einerseits für die Bakterien im Hämatom ein vorzüglicher Nährboden vorhanden ist, andererseits beschützen die vom Blutgerinnsel entstandenen, neugebildeten, narbigen Bindegewebe wie eine Zystenwand die Umgebung vor der Verbreitung der Infektion und konservieren die Bakterienflora dadurch, daß sie von der phagozytären Eigenschaft der normalen Gewebe abgeschlossen wird.

Es werden 4 Fälle von Späteiterungen nach Schädelschußverletzungen, 2 Fälle nach Brustschußverletzungen, einige nach Gelenkschußverletzungen, Schußverletzungen der großen Gefäße und nach Steckschüssen auf Grund eigener Beobachtung beschrieben.

Schlichting (Kassel).

525. **Erdinfektion und Antiseptik;** von C. Brunner und W. v. Grozenbach. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 25. S. 546.)

Br. u. v. G. haben früher festgestellt, daß die jodhaltigen Pulverantiseptika, Jodoform, Airol, Vioform, Ibit, Isoform imstande sind in gewissen Dosen, die den Versuchstieren nicht merklich schaden, Meerschweinchen gegen Wundinfektion durch ein tödliches Erdquantum, enthaltend Sporen von malignem Ödem und Tetanus, zu schützen, unter Versuchsbedingungen, die die in der Wunde belassene Erde dem Antiseptikum zugänglich machen. Br. u. v. G. haben die Versuche mit Isoform fortgesetzt und gefunden, daß es durch chemische Desinfektion allein, weit über die Inkubation hinaus gelingt, die Tiere zu retten. Jedenfalls wirkt auch nach Naegelis Kontrollversuchen Isoform sicher lebensrettend bis zu 7, manchmal sogar bis zu 16 Stunden. Br. u. v. G. haben nun noch eine größere Reihe von Desinfektionsexperimenten ausgeführt, bei denen sie der Gewebsnekrose in der Wunde Rechnung getragen haben. Hinblickend auf die Verbrennungsnekrose der Granatverletzungen haben sie ceteris paribus die Wundgewebe mit dem Thermokauter verbrannt, dann die Erde eingebracht und wieder Desinfektionsversuche mit Isoform angestellt. Das Ergebnis war eindeutig, die Infektionsdisposition evident, ebenso die dabei verminderte Leistungsfähigkeit des Desinfiziens.

Wagner (Leipzig).

526. **Erfahrungen über Gasbrand;** von Heyrovsky. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 386.)

H. hat 56 Verletzte mit ausgesprochenem Gasbrand behandelt. Die Frühdiagnose ist die Grundbedingung der erfolgreichen Behandlung des Gasbrandes. Die mikroskopische Untersuchung der Sekrete frischer Artilleriewunden erleichtert wesentlich die Frühdiagnose. Frische Wunden, deren Sekrete Keime vom Aussehen des Gasbranderregers enthalten, sind im höchsten Grade verdächtig und sind vor allen anderen Wunden zu revidieren. Der Eingriff richtet sich nach dem anatomischen Befunde bei der Freilegung der Wunde. Verwundete, deren Wunden Keime vom Aussehen des Gasbranderregers enthalten, sind der Gefahr eines längeren Transportes nicht auszusetzen.

Wagner (Leipzig).

527. **Über Spättetanus;** von Doberer. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 1. S. 8.)

Eine obere Grenze der Inkubationszeit für Tetanus läßt sich nicht feststellen. D. teilt einen Fall mit, in dem der Tetanus erst 128 Tage nach der Infektion auftrat, und zwar ohne jegliche äußere Veranlassung. Tetanus kann rezidivieren, und häufig ist ein operativer Eingriff die Veranlassung zum Ausbruche des Rezidivs. So in dem Falle D.s, wo ein mildes Rezidiv gerade nach Entfernung des Geschoßsplitters auftrat, in dem Tetanusbazillen nachgewiesen werden konnten; es waren hier entschieden noch Geschoßsplitter mit Tetanusbazillen zurückgeblieben. In jedem Falle von Tetanus soll getrachtet werden, den Fremdkörper, der vermutlich der Träger des Infektionsvirus ist, operativ zu entfernen. Häufig wird dies nicht möglich sein; es bleibt dann nur die Serumbehandlung. Besonders wichtig sind prophylaktische Seruminjektionen, die unter Umständen jeden 8. Tag zu wiederholen sind. Wagner (Leipzig).

528. **Zur Überbrückung von Nervendefekten;** von Enderlen und Lobenhoffer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 225.)

Anknüpfend an Edingers Versuche mit Gallertröhrchen zur Überbrückung von Nervendefekten machten E. u. L. Versuche an Hunden. Agar erwies sich als ungeeignet. Es wurden andere Mischungen, Hundefett, Fett mit Lezithin, Gehirnbrei mit Agar usw. verwendet, auch Eigenserum. Bei diesen letzteren Füllungen ergab die Kontrolluntersuchung Edingers ein Einwachsen der Nervenzylinder bis zu dem peripheren Stück. Auch Homoio- und Autotransplantationen wurden mit gutem Erfolge versucht und dürften sich auch zu Gebrauch am Menschen eignen. Cordes (Berlin).

529. **Supravaginale Sehnentransplantation bei irreparabler Radialislähmung;** von G. Perthes. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 32. S. 717.)

P. hat bei dieser Operation 1. sowie Lorenz die Vereinigung von Kraftspender und kraftempfangender Sehne grundsätzlich ohne Eröffnung der Sehnenscheide der Kraftempfänger, also oberhalb dieser Sehnenscheide ausgeführt, und 2. anders als wir bei dem bisher üblichen Verfahren die kraftempfangende Sehne bis hoch hinauf in ihren Ursprung im Muskelbauch verfolgt, hier vom Muskelbauch abgelöst und nun die ganze Länge der von dem gelähmten Muskel gelösten Sehnen ausgenutzt, um eine besonders innige Vereinigung mit den kraftspendenden Sehnen und deren Muskelbauch in ganzer Ausdehnung zu erzielen. Daß die supravaginale Sehnenverpflanzung mit flächenhafter Sehnenvereinigung für die Funktion der verpflanzten Muskeln die günstigsten Aussichten bietet, kann P. auf Grund seiner Erfahrungen sowohl bei 18 Operationen mit gleichzeitiger Tenodese der Handstrecker, sowie in 8 Fällen von reiner Sehnenverpflanzung in erfreulicher Übereinstimmung mit Lorenz feststellen. Wagner (Leipzig).

530. **Über die Vereinigung durchtrennter Nerven nach Edinger;** von E. Wetzel. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 26. S. 575.)

Die von W. aus der Gulekeschen Lazarettabteilung mitgeteilten Fälle von Edingerverfahren ergaben ebenfalls Mißerfolge. Guleke ist daher ganz davon abgegangen, die Edingerröhrchen in ihrer bisherigen Beschaffenheit zu verwenden, zumal die Kranken nach einer mit ihnen erfolglos ausgeführten Operation meistens nicht geneigt sind, sich einem erneuten Eingriff zu unterziehen. Vor allem ist die primäre Naht anzustreben. Ist sie unter keinen Umständen ausführbar, dann kommt nicht die Edingermethode in Betracht, sondern eine der anderen hierfür empfohlenen, und zwar nicht so sehr die Kürzung der Knochen durch Resektion, als die Nervenplastik (Lappenbildung), seitliche Implantation, Nervenüberpflanzung von Mensch zu Mensch, und Nervenpfropfung sowie Nervenverlagerung. Wie weit diese Methoden im einzelnen Erfolge bringen, wird erst die Zukunft lehren können. Wagner (Leipzig).

531. **Zur Technik der sekundären Nervennaht;** von H. Krukenberg. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 27. S. 594.)

Kr. empfiehlt den von Bayer für die Verlängerung der Achillessehne angegebenen Z-Schnitt auf die sekundäre Sehnennaht zu übertragen. Man kann je nach Bedarf nur von einem oder von beiden Sehnenenden ein Stück abschneiden und die Teile End-zu-End oder durch seitliche Naht vereinigen und so jede Spannung vermeiden. Die Heilung wird so bei gewahrter Asepsis eine absolut sichere. Immerhin bleiben auch bei dieser Methode noch einzelne Kanten und Vorsprünge an den Sehnenquerschnitten erhalten, die sich durch seitliches Herannähen des Querschnitts vermindern lassen. Noch besser eignet sich daher die Vulpiussche Methode des Herabgleitenlassens der Sehne an ihrem Muskelansatz mittels Schrägschnitts. Diese Methode gestattet eine sehr ausgiebige Verlängerung und gibt vorzügliche Resultate. Kr. übt sie so aus, daß er zunächst die beiden Sehnenquerschnitte sorgfältig vernäht und dann das herabgeglittene Sehnenstück durch seitliche Nähte an dem Mutterstück befestigt. Man hat es so genau in der Hand, unter welcher Spannung man die Naht anlegen will. Schon am 12. Tage nach der Naht läßt Kr. aktive Bewegungen vornehmen. Wagner (Leipzig).

532. **Die Überdeckung von größeren Nervendefekten mittelst Tubularnaht;** von C. Steinthal. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 29. S. 646.)

St. hat das Edingersche Verfahren in der Weise modifiziert, daß er als Füllmaterial Eigenserum des Patienten genommen und dieses nicht in Kalbsarterien oder Venen, sondern in Gummiröhrchen aufgefüllt hat. Gehärtete Kalbsarterien, Venen, dekalzinierte Knochenröhrchen sind zu wenig widerstandsfähig gegen Druck des umgebenden Gewebes; sie werden zu rasch aufgesaugt. Freilich ist es ein Nachteil, daß wir einen Fremdkörper in die Wunde bringen, der später wieder entfernt werden muß. Die bisherigen Erfahrungen fordern zur Nachahmung St.s auf. Wagner (Leipzig).

533. **Tenodese, Muskelüberpflanzung oder Nervennaht?** von W. Burk. (D. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 268.)

In jedem Falle von peripherer Nervenverletzung ist zunächst die operative Revision des Nerven zu machen und die Möglichkeit der Naht, Neurolyse, Pfropfung usw. zu erwägen. Erst wenn diese Methoden versagt haben oder nicht zu beseitigende Fisteln im Bereich der Nervenverletzung liegen, sollen plastische Operationen im Bereich der Sehnen oder Muskeln gemacht werden; meist wird es sich dabei wohl um eine Verkürzung der Sehnen zu handeln haben; in gewissen Fällen kommen Muskelüberpflanzungen in Frage. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

534. **Ist homöoplastische Hautverpflanzung unter Geschwistern der Autotransplantation gleichwertig?** von G. Perthes. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 20. S. 426.)

Bei einer 19jährigen Kranken mit totaler Skalpierung wurde, nachdem die Thierschsche Transplantation nur auf einem ganz kleinen Gebiete erfolgreich gewesen war, nach Reverdin transplantiert, und zwar wurde die linke Hälfte der Granulationsfläche autoplastisch, die rechte Hälfte homöoplastisch von der leiblichen, 2 Jahre älteren Schwester gedeckt. 4 Wochen später war die linke Hälfte des Hinterhauptes schon zum großen Teile mit Epidermis bedeckt, die rechte, homöoplastisch gedeckte Hälfte war eine des Epithels vollständig entbehrende Granulationsfläche. Daß es sich bei diesem Ergebnis um einen Zufall handelte, ist ausgeschlossen, weil 1. die Anheilung der körpereigenen Epidermis sowie die Resorption der körperfremden schwesterlichen Epidermis an allen Läppchen übereinstimmend beobachtet wurde, und weil 2. dem allmählichen Verschwinden des körperfremden Transplantationsmateriales eine vorübergehende Anheilung vorausgegangen war.

Daß freie Hauttransplantationen von Geschwistern nicht auch beim Menschen einmal sollten gelingen können, soll auf Grund einer Einzelerfahrung natürlich nicht in Abrede gestellt werden.

Wagner (Leipzig).

535. **Zur Technik der Sehnenverpflanzung**; von P. F. Scheel. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 20. S. 427.)

Bei der Sehnenverpflanzung ist der schwierigste Punkt die Verhütung von Verwachsungen der verpflanzten Sehne mit ihrer neuen Umgebung, die sehr oft trotz gut erscheinender Vorbedingungen den Erfolg des Eingriffes teilweise oder ganz in Frage stellen. Je mehr der ganze Gleitapparat geschont wird, um so weniger werden der verpflanzte Muskel und die verpflanzte Sehne in ihrer neuen Umgebung zu Verwachsungen neigen. Auf Grund einer günstigen Beobachtung empfiehlt Sch. in Fällen, wo es möglich ist, radikal vorzugehen, Muskel und Sehne mit ihrer ganzen Umgebung, soweit sie nicht für die Nachbarschaft notwendig ist, zu verpflanzen, nicht exakte anatomische Präparate der zu verpflanzenden Muskeln und Sehnen zu liefern, sondern im Gegenteil sie möglichst wenig von dem umgebenden Gewebe zu befreien, da gerade die Sehnenscheide, bzw. das Gleitgewebe an solchen Stellen, an denen keine ausgebildete Sehnenscheide besteht, es ist, was die ungehinderte Bewegung der Sehne erlaubt. Wagner (Leipzig).

536. **Zur Technik der Sehnenverpflanzung**; von A. Lorenz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 32. S. 713.)

L. bespricht zunächst die Technik der *paravaginalen Transplantation,* die dadurch gekennzeichnet ist, daß die Sehne des gelähmten Muskels (Kraftempfängers) stets oberhalb oder doch an der Sehnenscheidenkuppe durchtrennt und ihr distales Ende mit dem entsprechend lang bemessenen, proximalen Ende des Kraftspenders vereinigt wird. Auf diese Weise bleibt die Sehne des Kraftempfängers in ihrem Gleitapparat und darüber hinaus bis zu ihrer Insertion vollkommen unberührt und jede Verwachsungsmöglichkeit entfällt.

Weiterhin bespricht L. die *Verlagerung der Achillessehne* in ihrer ganzen Breite nach außen oder innen, so daß sie auf den entsprechend abgerundeten äußeren oder inneren Höcker des Proc. post. calcanei zu liegen kommt und auf seine außere oder innere Seitenfläche übergreift. Durch die Verlagerung der Achillessehne allein wird selbst ein ziemlich starker Spitzfuß bis zu einem irrelevanten Grade korrigiert. Nicht nur in der Behandlung paralytischer Deformitäten, sondern auch beim hochgradigen statischen Plattfuße verspricht die einfache Dislokation der Achillessehne immer gute Erfolge. Wagner (Leipzig).

537. **Dauererfolg eines Arterienersatzes durch Venenautoplastik nach 5 Jahren**; von E. Lexer. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 26. S. 569.)

Seinen beim Chirurgenkongreß 1913 mitgeteilten 3. Fall von Gefäßtransplantation konnte L. genau 5 Jahre nach der Operation wieder untersuchen. Bei dem damals 62jährigen Kranken konnte ein spindelförmiges arterielles Aneurysma der rechten Art. iliaca ext. und femoral. durch Resektion von 16 cm Länge entfernt und der entstandene Defekt aus der V. saphena ersetzt werden, was wegen der großen Verschiedenheit der Lichtweite von Arterie und Vene bemerkenswert war. Bei der jetzigen Untersuchung zeigte sich die Gegend des Transplantates genau so kräftig pulsierend, wie die Arterie auf der anderen Seite; keine Gefäßerweiterung, keine auskultatorischen und palpatorischen Zeichen von Wirbelbewegungen. Die ganze Arterie fühlte sich unter der weich gewordenen Narbe wie der normale Arterienstrang der anderen Seite an. Der Puls der Art. tibialis postica und dorsalis pedis ist kräftig und von gleicher Stärke wie auf der anderen Seite. Eine weitere Prüfung ergibt die noch volle Durchgängigkeit der Arterie auf der operierten Seite. Dieser Befund zeigt, daß die funktionelle Anpassung des Transplantates nicht nur die Venenwand, sondern auch die Lichtung betrifft. Es ist notwendig, daß bei allen weiteren Veröffentlichungen über Gefäßtransplantation genaue Prüfungen der Durchgängigkeit vorgenommen werden. In gewissem Sinne kann man aber auch von einem Erfolge sprechen, wenn nach dem betreffenden Gefäßersatze die bei der Ligatur zu fürchtende Nekrose an der Peripherie, bzw. Enzephalitis bei Unterbindung der Art. carotis com. nicht aufgetreten ist. Selbst wenn Thrombose eintritt, liegt immer noch ein Vorteil in der Transplantation gegenüber der Unterbindung, weil erstere wegen der langsam erfolgenden Stromunterbrechung der Ausbildung der Kollateralen günstiger ist als die plötzliche bei der Unterbindung. Scheidet man von den bisherigen 51 Fällen von Gefäßtransplantation 5 für die Bewertung nicht in Betracht kommende Fälle aus, so finden sich nur 7 Mißerfolge infolge von Blutung oder von Eiterung mit Thrombose, zum Teil auch mit Nekrose. Unter den übrigbleibenden günstig verlaufenen 39 Fällen findet sich auch ein erfolgreicher Venenersatz, gleichzeitig neben dem der Arterie. Es steht danach fest, daß bei richtiger Technik jeder Gefäßtransplantation ein voller Erfolg sicher ist, vorausgesetzt natürlich, daß die Verhältnisse des Wundbodens für die Einheilung des Transplantates günstig liegen, eine Forderung, die leider wegen Infektion und blutiger Durchsetzung des Operationsgebietes bei den Kriegsaneurysmen nur selten erfüllt werden kann. Wagner (Leipzig).

538. **Zur Behandlung der Gefäßverletzungen und der traumatischen Aneurysmen im Kriege**; von L. R. v. Rydygier. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 1. S. 1.)

v. R. hat im ganzen 27 Gefäßverletzungen mit Bildung von pulsierenden Hämatomen und Aneurysmen zu behandeln Gelegenheit gehabt, und zwar 4mal A. subclavia, 2mal A. brachialis, 2mal A. glutaea sup., 13mal A. femoralis, 5mal A. poplitaea, 1mal A. tibialis posterior. Im allgemeinen soll bei großkalibrigen Arterien, wenn irgend möglich, eine Gefäßnaht oder selbst eine Transplantation an Stelle der Unterbindung vorgenommen werden, vorausgesetzt, daß es der Allgemeinzustand des Verletzten und der lokale Befund gestatten. Jedes pulsierende Hämatom ist so früh als möglich zu operieren. Die Operation ist nicht als eine Notoperation anzusehen, erzwungen durch

Nachblutungen, durch Vergrößerung des Hämatoms infolge von Durchbruch in weitere Muskelinterstitien, durch Entzündung und Vereiterung, durch unausstehliche Schmerzen infolge von Nervendruck und Nervenschädigung, sondern sie ist die normale Behandlungsweise des pulsierenden Hämatoms.

Wagner (Leipzig).

539. **Über die chirurgische Behandlung von Pseudarthrosen**; von Sudeck. (D. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 169.)

Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden auf Grund eigener Erfahrung. Die subperiostale Resektion, bei der das Periost im Zusammenhang mit den Weichteilen belassen wird und die vom Periost entblößten Knochenenden aus der Wunde herausgehebelt und reseziert werden, hat befriedigende Resultate ergeben; allerdings werden zuweilen die Knochenenden nekrotisch. Zuverlässiger ist die 2. Methode, die periostale Resektion in situ.

Hierbei werden, wie der Name schon sagt, die nicht aus der Wunde herausgehebelten, mit Periost bekleideten Knochenenden in üblicher Weise reseziert. Die Transplantation gestielter Periostlappen auf die angefrischte Knochennahtstelle hat befriedigende Resultate ergeben; schlechte Resultate hingegen die Überpflanzung freier Periostlappen. Die Erfolge mit autoplastisch transplantiertem Knochenmaterial zwecks Überbrückung großer Defekte sind nicht so sehr glänzend, da die häufig eintretende Eiterung (latente Infektionen) zur Ausstoßung des Transplantates führt; besser sind schon die Resultate mit *gestielten* Periost-Knochenlappen. — Bei größeren Defekten an einem der Vorderarmknochen ist die zwar radikalste aber auch sicherste Methode die Resektion in situ unter gleichzeitiger entsprechender Verkürzung des gesunden Knochens. Die Muskulatur pflegt sich auch großen Verkürzungen erstaunlich rasch anzupassen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

540. **Blutstillung durch lebende Tamponade mit Muskelstückchen bei Aneurysmenoperationen**; von H. Küttner. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 25. S. 545.)

Bei der außerordentlich schwierigen Operation eines Vertebralisaneurysmas hat sich K. die styptische Wirkung der lebenden Tamponade mit Muskelstückchen, die stets irgendwo im Operationsfelde erhältlich sind, hervorragend bewährt. K. hat dieses einfache Verfahren in ähnlicher Weise noch mehrfach bei Aneurysmaoperationen angewendet und ist stets mit dem Erfolge zufrieden gewesen. Wichtig ist, daß die blutende Höhle mit zahlreichen, möglichst kleinen Stückchen gefüllt wird, da nur auf diese Weise die blutstillende Wirkung des Muskelsaftes zur vollen Geltung kommt.

Wagner (Leipzig).

541. **Das Fibrin-Bergel, ein vorzügliches lokales Blutstillungsmittel**; von F. Momburg. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 18. S. 380.)

M. hat mit dem *Koagulen-Kocher-Fonio* und ähnlichen Präparaten große Enttäuschungen erlebt, so daß er sie nicht mehr anwendet. Dagegen hat er sehr gute Erfolge gesehen von dem von *Merck* hergestellten Fibrinpräparat, das Bergel zur Behandlung bei verzögerter Kallusbildung und bei Pseudarthrosen angegeben hat. M. kann es als lokales Blutstillungsmittel sehr empfehlen. Um zu verhüten, daß das Fibrin nicht fortgeschwemmt wird, muß es sofort nach dem Aufschütten etwa $^1/_2$ Minute mit dem Finger leicht angedrückt werden.

Wagner (Leipzig).

542. **Tierkohle als Desodorans bei Kolostomierten**; von A. Forges. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 17. S. 356.)

Der Fäkalgeruch bei Kolostomien bedeutet für den Operierten eine doppelte Qual; er leidet nicht nur physisch darunter, sondern auch psychisch. Durch innerliche Verabreichung von Tierkohle — 2 Eßlöffel täglich werden ohne die geringsten Beschwerden dauernd vertragen — kann dauernd eine fast vollkommene Geruchlosigkeit des Stuhles erzielt werden.

Wagner (Leipzig).

543. **Zur Behandlung des Dekubitus**; von Wernecke. (Psych.-neur. Woch. 1917. Nr. 19 u. 20. S. 118.)

W. empfiehlt nicht nur zur Behandlung des leichten und mittelschweren, sondern auch des sehr schweren, ausgedehnten, eiterig-jauchigen Dekubitus die verschiedenen Lenicet-Boluspräparate, Bolusal und „Bolusal mit Tierkohle“. Nach einem längeren Reinigungsbade wird das Pulver in alle Teile der trocken getupften Wunde mittels Zerstäubers reichlich gebracht, die Wunde hierauf mit einer Mullkompresse bedeckt und mit Zellstoff dick gepolstert. Am nächsten Tage wird nach einem Reinigungsbade in gleicher Weise verbunden und später allmählich zur Salbenbehandlung übergegangen. Schmidt (Andernach).

544. **Bericht über die Einrichtungen für manuelle Mediko-Mechanik (manuelle Krankengymnastik) im Königreich Sachsen**; von W. Smitt. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. H. 3. S. 68. 1917.)

Aus dem interessanten Bericht sei erwähnt, daß die medikomechanischen Einrichtungen in der Garnison Dresden aus kleinen Anfängen sich sehr ansehnlich entwickelt haben. Es waren schon Ende Dezember 1914 an dem Institut 39 Helferinnen tätig; es wurden mehrere Ärzte an die Anstalt befehligt und gleiche Einrichtungen in allen sächsischen Garnisonen errichtet (34). Bisher wurden 100 Ärzte zu S. befehligt; an weiblichem Hilfspersonal sind jetzt ungefähr 300 Schwestern in Sachsen tätig. Seit Mai 1916 besteht außerdem in Dresden eine Hauptabteilung: *Das königliche Ambulatorium für Massage und Krankengymnastik, Poliklinik und Lehranstalt zugleich;* auf ihm werden täglich 600—700 Behandlungen vorgenommen unter Leitung von 2 Ärzten mit Hilfe von 40 Schwestern. Kadner (Dresden-Loschwitz).

VIII. Gynäkologie und Geburtshilfe.

Gynäkologie.

545. **Technisches und Theoretisches zur Symphyseotomie**; von E. Sachs. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 25. S. 611.)

S. hat mit Erfolg eine Modifikation der Frankschen Symphyseotomie ausgeführt, die die beiden Nachteile der Frankschen Methode, Stichverletzung der Blase und Vergrößerung des Hautschnittes durch die gegen die vordere Fläche der Symphyse gewendete Schneide des Messers ausschließt. Der quere Hautschnitt liegt am oberen Rande der Symphyse, er ist 1—2 cm lang. Durch diesen Schnitt wird ein ziemlich breites geknöpftes Messer vor der Symphyse und parallel zu ihr bis zum Arcus pubis hinabgeführt. Die Urethra wird durch einen Katheter zusammen mit dem Blasenhals von der Symphyse weg und nach einer Seite abgezogen. Die Klitoris wird etwas abgedrängt. Ein Finger in der Scheide kontrolliert dabei den Knopf des

Messers. Nun wird das Messer um 90° gedreht, so daß seine Schneide zur Symphyse hinsieht und der meist gut fühlbare Symphysenspalt mit dem Messer abgetastet und parallel dem Knochen von vorn nach hinten durchschnitten. Die Vorteile der Methode sind: Sicheres Vermeiden der Blasen- und Scheidenverletzung und Lage des kleinen Hautschnittes weit ab vom Scheideneingang. Tosetti (Bonn).

546. **Traubensarkom der Scheide im Kindesalter**; von F. Ebeler. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 15. S. 357.)

Der spärlichen Literatur über Sarkom der Scheide im Kindesalter fügt E. unter Hinweis auf den von v. Franqué berichteten, mit Radium behandelten Fall von Traubensarkom der Scheide bei einem 18 Monate alten Kinde, einen Fall bei einem 3jährigen Mädchen bei. Auch hier wurde die Radiumtherapie eingeschlagen. In beiden Fällen erfolgte der Exitus letalis. Tosetti (Bonn).

547. **Die Zunahme der Prolapse als Kriegsschädigung der Frauen**; von J. Schiffmann. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 22. S. 523.)

Eine bisher nicht gewürdigte Kriegsschädigung der Frauen ist eine auffallende Zunahme der Prolapse, die zum größten Teil erst in den letzten Monaten zum Vorschein gekommen ist, bzw. eine die Arbeit erschwerende Dimension angenommen hat. Als ätiologisches Moment muß die schwere körperliche Arbeit der Frauen im Kriege angesehen werden.
Tosetti (Bonn).

548. **Bakteriologische Untersuchungen beim Uteruskarzinom**; von F. Heimann. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 1. S. 7.)

H. konnte die Mortalität der Karzinome nach Radikaloperation, bei denen Streptokokken gefunden wurden, dadurch von 61% auf 10,6% herabdrücken, daß er den Frauen prophylaktisch sofort nach der Operation 50 ccm Aronsonsches Antistreptokokkenserum intramuskulär injizierte. Klien (Leipzig).

549. **Zur Kenntnis intraperitonealer Blutungen bei Uterusmyomen**; von F. Benzel. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 21. S. 497.)

Die Literatur ergibt nur wenige Fälle von inneren Blutungen bei Uterusmyomen; B. fügt einen in der Straßburger Klinik beobachteten Fall hinzu, in dem es aus einer auf Bleistiftdicke erweiterten Vene der Tumorhinterwand zu einer starken Blutung gekommen war. Tosetti (Bonn).

550. **Myom und Karzinom im Lichte der Strahlenbehandlung**; von Schauta. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 19. S. 441.)

Sch. wendet sich gegen die Ansicht hervorragender Berliner, Freiburger und Münchener Gynäkologen, die auf dem Gebiete des Myoms und Karzinoms das Arbeitsgebiet des Operateurs völlig verdrängt sehen wollen durch das Gebiet der Strahlenbehandlung.

Was die Therapie des Myoms anlangt, so gehören die Myomoperationen heute zu unseren sichersten Eingriffen, bei unkomplizierten Fällen kann die Mortalität gleich Null gesetzt werden. Durch die Bestrahlung wird nur ein Symptom der Krankheit getilgt, die Blutung, das Myom bleibt im Körper zurück und bedroht das fernere Leben mit Gefahr. Zudem sind gegenüber der großen Zahl von Kontraindikationen gegen die Röntgenbestrahlung nur wenige Fälle für die Bestrahlungstherapie geeignet.

Die Frage des Ersatzes der Karzinomoperation durch Strahlenbehandlung ist heute noch nicht spruchreif, wo höchstens eine 3—4jährige Erfahrungszeit hinter uns liegt. Sollte von irgendeiner Seite das ersehnte Ziel der Verbesserung der Dauererfolge bei Karzinom durch Radiumbehandlung erreicht werden, dann kann die Frage nach der besten Art der Krebsbehandlung erörtert werden. Vorläufig sollte man sich hüten, etwas Unfertiges unter die Allgemeinheit zu tragen. Tosetti (Bonn).

551. **Zur Kriegsamenorrhöe**; von P. W. Siegel. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 14. S. 329.)

Die Hauptschuld an der Kriegsamenorrhöe trifft die erhöhte körperliche Arbeit und die gesteigerte geistige und seelische Inanspruchnahme. Die Ernährungsschwierigkeiten wirken als förderndes Moment bei Bestehen der vorgenannten Bedingungen.
Tosetti (Bonn).

552. **Über Kriegsamenorrhöe**; von J. Pok. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 20. S. 483.)

Die Beobachtungen P.s stimmen mit denen Dietrichs überein. Er hält die Ätiologie der Kriegsamenorrhöe durch die Unterernährung begründet; psychische Beeinträchtigungen können mit ätiologischer Grund sein, an erster Stelle stehen aber die veränderte Ernährung und die vermehrte Arbeitsleistung. — Die anatomische Untersuchung der durch Kurettage gewonnenen Schleimhaut von amenorrhoischen Uteri ergab eine Drüsenarmut der Schleimhäute; der Befund entspricht dem postmenstruellen Stand der Uterusmukosa. Tosetti (Bonn).

553. **Appendicitis larvata als Ursache schwerer nervöser Erscheinungen nach gynäkologischen Eingriffen**; von A. Mueller. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 16. S. 373.)

M. beschreibt im Anschluß an früher beobachtete Fälle, in denen unmittelbar im Anschluß an stumpfe Lösung von Adhäsionen der Genitalorgane im kleinen Becken mit oder ohne Narkose, nachdem schon längere Zeit Massage angewandt worden war, plötzlich äußerst bedrohliche Erscheinungen auftraten, zwei ähnliche Fälle. Allen Fällen gemeinsam war eine nervöse Disposition, speziell Hysterie; bei allen zeigte sich aber auch im weiteren Verlaufe der Erkrankung, daß chronische Blinddarmentzündung vorhanden war.
Tosetti (Bonn).

554. **Über die innere Sekretion der weiblichen Keimdrüse**; von E. Herrmann. (Der Militärarzt 1917. 51. Jahrg. Nr. 4 u. 5.)

H. isolierte aus dem Corpus luteum der Kuh einen Stoff, der in 5 Injektionen während 10 Tagen bei einem Gesamtverbrauch von durchschnittlich 0,24 g reiner Substanz 8wöchigen Kaninchen einverleibt, eine Entwicklung der Geschlechtsorgane und Brustdrüsen hervorrief, die sonst nur reife Kaninchen im Alter von 25—30 Wochen zur Zeit der Brunst oder im Anfangsstadium einer Trächtigkeit aufzuweisen vermögen. Es entwickeln sich in wenigen Tagen Vulva, Vagina, Uterus, Tube, Ovarien und Brüste zur Vollreife.

Der Stoff ist wasserunlöslich.

Auf den wachsenden Hoden wirkt das Corpus luteum hemmend nicht nur in bezug auf seine Größe, sondern auch auf das Datum des Einsetzens der Spermatogenese. Bei weiterer Einwirkung der Substanz kommt es zu Rückbildungsvorgängen am generativen Apparat und zu Erscheinungen, wie man sie bei mit Röntgenstrahlen behandelten Hoden sehen kann. Die Wirkung der Corpus luteum-Substanz auf den Testikel erwachsener Tiere äußert sich vor allem im Zugrundegehen der Samenzellen. Die Spermatogenese sistiert und man findet an den Samenzellen alle Stadien der

Degeneration bis zum Zelldetritus. Entsprechend den degenerativen Veränderungen im Innern schrumpft der ganze Hoden ein und verkleinert sich ganz bedeutend. Schlichting (Kassel).

555. **Die Verwendung des Hypophysenpräparates „Coluitrin" in der gynäkologischen Therapie;** von H. Bab. (Med. Klin. 1917. Nr. 2. S. 41.)

B. behandelte mit dem von Freund und Redlich in 20proz. Stärke hergestellten Hinterlappenextrakt „Coluitrin" 40 Fälle von Metrorrhagien. 9 Fälle waren Metrorrhagien ovarogenen, thyreogenen oder sonstigen innersekretorischen Ursprungs: 7 Erfolge, eine Besserung; verwendet wurden 2—10 ccm. 22 Fälle waren entzündlichen Ursprungs: 3 Mißerfolge, 5 Besserungen, 14 Heilungen. Auch bei Abort und klimakterischen Blutungen wurden Erfolge erzielt. Im ganzen gelang es in 67% der Fälle, in den ersten 3 Behandlungstagen die Uterusblutung zu beherrschen, etwa 20% brauchten eine längere Behandlungsdauer von 4—10 Tagen und nur in etwa 11% war ein mehr oder weniger ausgesprochener Mißerfolg zu konstatieren. Hier wären Versuche mit Corpus luteum-Extrakten, Röntgenbestrahlung bzw. operative Eingriffe am Platze. — Weitere Erfolge mit Coluitrin konnte B. erzielen bei Osteomalazie, Dystrophia adiposo genitalis mit Polyurie, bei Pollakisurie und postoperativer Blasenschwäche, sowie Darmlähmung. Klien (Leipzig).

556. **Frauenkrankheiten als Erwerbskrankheiten;** von K. E. Laubenburg. (Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 3. H. 1 u. 2. S. 37. 1917.)

Aus den eingehenden, auf langjähriger Erfahrung beruhenden Darlegungen sei angeführt, daß die sitzende Tätigkeit, besonders wenn mit fortwährendem Nähmaschinentreten verbunden, die weitaus ungünstigste ist für die Unterleibsorgane, Menstruation, Schwangerschaft und Geburt. Schwere Endometritis, Perikolitis, Perityphlitis, Aborte und pathologische Geburten überwiegen bei ihnen um das Vierfache, während Retroflexio und besonders die mit Endometritis und Dysmenorrhöe gepaarte Retroflexio geradezu die typische Erwerbskrankheit der stehend Beschäftigten, auch schon ganz jugendlichen Arbeiterinnen ist. Die günstigste Arbeitsweise scheint die zu sein, wo die Mädchen und Frauen stehend und in größerem Raum auf und abgehend die Maschinen bedienen können. Jolly (Halle).

Geburtshilfe.

557. **Über einen Fall von zweimaliger Schwangerschaft nach Interpositio uteri;** von E. Haim. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 7. S. 180.)

Nach Uterusinterposition war es in angeführtem Falle 2mal zu einer Schwangerschaft gekommen; das erstemal trat eine spontane Fehlgeburt ein, das zweitemal mußte der Uterus durch Spaltung der vorderen Wand ausgeräumt werden. Beidemal ergaben sich starke Urinbeschwerden. Tosetti (Bonn).

558. **Diabetes in pregnancy, with report of cases;** by W. A. Battie. (Calif. State Journ. of Med. Jan. 1917. S. 11.)

Bei der geringsten Anwesenheit von Zucker während der Schwangerschaft ist sofort mit der Allen-Diät einzusetzen, die sich dabei am besten bewährt hat; sie geht davon aus, daß ein Teil des Pankreasgewebes zerstört ist und die Nahrung dem noch vorhandenen funktionierenden Teil angepaßt werden muß. Verschwindet der Zucker nicht, dann ist die Schwangerschaft zu beendigen. Schwangerschaft, die einen Diabetes kompliziert, gibt stets eine viel ungünstigere Prognose als Diabetes, der während einer Schwangerschaft einsetzt. Schwangerschaft sollte bei Diabetes gemieden werden, wenn es nicht gelingt, Kohlehydratgleichgewicht herzustellen. Fischer-Defoy (Dresden).

559. **Toxemias of pregnancy;** by J. R. Lossee and D. van Slyke. (Amer. Journ. of the med. Sc. Bd. 153. Nr. 1. S. 94.)

Es wurden bei schwerer Eklampsie starker Harnstoffabfall und hohe Ammoniakwerte im Urin vorgefunden, erwähnenswerte Befunde, welche die eigentlich toxische Ursache jedoch noch nicht befriedigend deuten. von Noorden (Bad Homburg).

560. **Ein Zusammenhang zwischen Eklampsie und Kriegskost oder Spermaimprägnation nicht nachweisbar;** von F. Lichtenstein. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 20. S. 473.)

L. stimmt den von Mayer und Ruge und Warnekros geäußerten Ansichten über die Verminderung der Eklampsie als Folge verminderter Spermaimprägnation des weiblichen Körpers und der fett- und eiweißarmen Kriegskost nicht zu. Nach seinen Erfahrungen vielmehr begann eine Abnahme der Eklampsien schon vor dem Kriege, wahrscheinlich bedingt durch die Änderung der Therapie. Die absolute Abnahme hat ihren Grund zum Teil im Rückgang der Geburtenzahl, zum Teil in den geringeren Überweisungen von Eklampsien und Nephrosen von auswärts infolge des Krieges. Tosetti (Bonn).

561. **Eklampsiegift und Kriegskost;** von Rud. Th. v. Jaschke. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 11. S. 266.)

v. J. kommt mit Ruge und Warnekros zu dem Schluß, daß der auffallende Rückgang der Schwangerschaftsnephrosen und Eklampsien im Zusammenhang steht mit der veränderten fett- und eiweißärmeren Nahrung; er stützt sich auf klinische wie experimentelle Erfahrungen. Tosetti (Bonn).

562. **Lebendes Kind bei zersetztem Fruchtwasser und stehender Blase. Über intraovuläre Infektion;** von E. Gerhartz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 3. S. 74.)

Eine 45jährige Mehrgebärende, die seit einigen Tagen über Frost- und Fiebergefühl zu klagen hat; die Beschwerden verschlimmerten sich bedeutend während der Geburtsperiode und gaben Anlaß zur Beschleunigung der Geburt durch Blasensprengung. Das Fruchtwasser ist übelriechend und trübe. Das Befinden der Frau bessert sich nach Abfluß des Fruchtwassers zusehends: es wird ein durchaus lebensfrisches Kind geboren. Es kann angenommen werden, daß entweder die Infektion durch die intakten Eihäute hindurch geschah, oder daß eine Schädigung oder unbemerkte und unbemerkbare Verletzung der Eihülle als Quelle der Infektion vorgelegen hat. Tosetti (Bonn).

563. **Kaiserschnittsfragen;** von J. Veit. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 1. S. 1.)

V. steht, wie die meisten Autoren auf dem Standpunkt, daß der transperitoneale Kaiserschnitt nur bei völlig gewahrter Asepsis der Kreißenden zulässig ist, sonst der extraperitoneale, dessen Indikationsgrenzen aber auch nicht zu sehr ausgedehnt werden dürften.

Zu weit dürfte V. aber in der Forderung gehen, daß nicht nur bei Eklampsie, sondern auch bei Placenta praevia, falls ein solcher Fall der Klinik überwiesen werden soll, vorher jede innere Untersuchung und besonders die Tamponade der Scheide unterlassen werden müsse. Ohne letztere würde wohl manche Patientin sterbend oder tot in der Klinik anlangen.

Klien (Leipzig).

564. **Placenta praevia und Kaiserschnitt;** von Finkner. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 6. S. 145.)

Von der Behandlung der Placenta praevia durch vaginalen Kaiserschnitt wird wegen der Gefahr Zerrungen und Zerreißungen der vielfach brüchigen Plazentarstelle, die zu schweren Blutungen führen können, Abstand genommen. Beim abdominellen Weg fällt dieser Nachteil weg. F. berichtet über 15 Fälle von klassischem Kaiserschnitt bei Placenta praevia mit sehr gutem Resultat. Die Handhabung der Indikation muß von vornherein sehr streng sein; alle infektionsverdächtigen Fälle müssen von der Kaiserschnitttherapie ausgeschlossen werden.

Tosetti (Bonn).

565. **Die operative Behandlung der Placenta praevia;** von Süßmann. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 17. S. 401.)

Als Therapie der Placenta preavia ist ein solcher Weg zu wählen, bei welchem die Dehnung des unteren Uterinsegmentes ausgeschaltet ist. Diesem Sinne entspricht die Behandlung der Placenta praevia mittels vaginalen, extraperitonealen und abdominalen Kaiserschnitts. S. spricht sich unter Anführen der Vorteile dieser Methode für die Behandlung der Placenta praevia mittels abdominalem Kaiserschnitt aus. Er hofft, daß die guten Erfolge der von ihm operierten Fälle, auf die er näher eingeht, zu einer Erweiterung der Indikation führen. Tosetti (Bonn).

566. **Die Maße der Neugeborenen und die Kriegsernährung der Schwangeren;** von S. Peller. (D. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 178.)

Im Wiener Material besteht zwischen den reifen Kriegs- und Friedensneugeborenen im Gesamtdurchschnitt kein Unterschied. Bei Teilung der Kinder nach der Geburtsnummer zeigt es sich, daß die erstgeborenen und zum Teil die zweitgeborenen reifen Kriegskinder etwas schwerer, die restlichen Kriegskinder dagegen leichter sind als in Friedenszeiten. Das Durchschnittsgewicht der erstgeborenen frühreifen Kriegskinder ist um einige hundert Gramm größer als in Friedenszeiten. Die statistische Lösung des Problems, ob die Ernährung der Schwangeren die körperliche Entwicklung des Embryos beeinflusse, mittels der Kriegserfahrungen ist nicht einfach; eine detaillierte Untersuchung ergibt — wenn auch nicht bedeutende — Unterschiede zu ungunsten der Kriegskinder. Tosetti (Bonn).

567. **Intrauterine Femurfraktur bei Spontangeburt in Schädellage;** von H. Hölder. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 5. S. 127.)

Die Fraktur des linken Oberschenkels ist auf einen ungünstigen Geburtsmechanismus, das Ausbleiben der rechtzeitigen Streckung im Hüftgelenk zurückzuführen. Tosetti (Bonn).

568. **Chinin als Wehenmittel;** von J. Halban und R. Köhler. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 16. S. 489.)

Bisher waren die Meinungen über die Wirksamkeit des Chinins als Wehenmittel geteilt. Und doch gelingt es, wie H. u. K. nachweisen, mit dem Chinin, wenn es *intramuskulär* injiziert wird, eine geregelte Wehentätigkeit hervorzurufen. Es wird eine 25proz. Lösung von Chin. bihydrochloricum injiziert, und zwar 0,5 Chinin. (Anfänglich injizierten H. u. K. das Präparat intravenös, wobei die Wirkung bereits nach 1—3 Minuten eintrat.) In 3 Fällen war nach $1/2$ Stunde noch eine zweite Injektion nötig, bevor sich die ersten ausgiebigen Wehen zeigten. H. u. K. teilen ihre Fälle in 4 Gruppen ein: I. *Wehenschwäche,* a) schwache Wehen: 3 Fälle positiv, keiner negativ; b) Aussetzen der Wehen: 6 Fälle positiv, negativ keiner; c) vorzeitiger Blasensprung ohne Wehen: 4 Fälle positiv, negativ keiner. II. *Artefizielle Unterbrechung der Schwangerschaft,* a) am Ende der Schwangerschaft oder bei überschrittenem Termine: 8 Fälle positiv, 1 negativ; b) nahe dem Ende der Schwangerschaft: positiv keiner, negativ 5. Es handelte sich um Fälle 3—16 Tage ante terminum, es wurden nur Schwangerschaftswehen, aber in keinem Falle trotz mehrfacher Injektionen Geburtswehen erzeugt; c) Abortus arteficialis: positiv kein Fall, negativ 2. Also zur Einleitung des Abortes ist das Chinin ungeeignet. III. *Abortus,* a) Abortus imminens: positiv 5 Fälle, negativ 1; b) Abortus im Gange: positiv 8 Fälle, negativ keiner. Zur Behandlung kamen Aborte im 2. bis 6. Monat; der Zervikalkanal war mitunter kaum passierbar. Meist wurde das Ei in toto ausgestoßen, oder die Plazenta kam nachher, Dauer 20 Minuten bis 8 Stunden. Einmal war Crede nötig. c) Abortus incompletus: positiv 2 Fälle, negativ 6. Hier sind also die Resultate unsicher. IV. *Atonia uteri,* a) post abortum: positiv 2 Fälle, negativ keiner; b) post partum: 1 zweifelhafter Fall. Es versagte hier übrigens auch Pituglandol, der Uterus mußte noch mehrere Stunden massiert werden. — Die mit den Chinininjektionen erzielte Wehentätigkeit gleicht ganz der normalen in bezug auf Häufigkeit, Dauer und Stärke der Einzelwehe, die Kontraktionen sind ausgiebig, und gehen viele Stunden gleichmäßig weiter, ein Vorteil gegenüber den Hypophysenpräparaten, deren Wirkung sich nach relativ kurzer Zeit erschöpft. Ferner vermag das Chinin in jedem Stadium der Geburt Wehen auszulösen, während der Wirkungsbereich des Hypophysenextraktes hauptsächlich in der Austreibungsperiode gelegen ist. Auch bei Aborten ist Pituitrin unwirksam. — Die Kinder wurden nie geschädigt.

Klien (Leipzig).

569. **Die Einschränkung der künstlich herbeigeführten Fehlgeburt;** von F. Heinsius. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 18. S. 427.)

Bezugnehmend auf die Aufsätze von Ruge, Winter und Rothe über die Einschränkung des künstlich herbeigeführten Abortes betont H. als das wichtigste eine Beeinflussung des Denkens der Ärzte und des gesamten Volkes in der Bewertung der Mutterschaft. Tosetti (Bonn).

570. **Arzt und Volksvermehrung;** von C. H. Stratz. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 15. S. 345.)

St. steht, was die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft durch den Arzt betrifft, auf strengst konservativem Standpunkt; bei längerer und genauer Beobachtung der von ihm konservativ behandelten Fälle von Tuberkulose ist er zu der Überzeugung gekommen, daß in keinem dieser Fälle durch die künstliche Unterbrechung der Gravidität eine Besserung, geschweige denn Heilung des Leidens erzielt wäre; dagegen hat er bei abwartendem Verhalten und sorgfältiger Pflege günstige Erfolge gesehen.

Tosetti (Bonn).

IX. Haut- und Gechlechtskrankheiten.

571. **Urologie, Haut- und Geschlechtsleiden;** von M. Joseph. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. 1917. H. 4. S. 23.)

Sammelreferat umfassend:
I. Urologie: Nieren (Selbstzerklüftung eines Nierensteines, Nierenzerreißung, Hämaturie, Unfälle, Kriegsnephritiden, Nierentuberkulose, Hautveränderungen), Ureter (Karzinom, Ureterzyste, Steine), kindliche Harnwege, Harnverhaltung, Fettsteine der Harnwege, Blasensteine, Blasenpapillome, Zystitis, Harnröhrenwunden und Verweilkatheter, Incontinentia vesicae und Enuresis militarium, Prostatahypertrophie, Prostatitis, Hodentransplantation, Skrotalgangrän, Samenstrang, Soor der Vulva und Harnröhre, Urethritis non gonorrhoica.
II. Haut- und Geschlechtsleiden: 1. Gonorrhöe: Kutireaktion, Thermopräzipitinreaktion, Hautallergie, Gonokokkenvakzine, Immunitätstherapie, Fieberbehandlung, Choleval, Argaldin, Thigan, Tierkohle, Komplikationen (Gonokokkensepsis, Epididymitis, Erektionen, Prostatitis, Samenblasen - Arthritis, Myositis, paraurethrale Gänge, Exantheme, Infektion der oberen Luftwege, Tendovaginitis), Gonorrhöe beim Weibe (Diagnose, Protargol, Albargin, Spuman, Trockenbehandlung, Vulvovaginitis infantum). 2. Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten: Beratungsstellen, Prostituierten - Überwachung. 3. Syphilis: Abortivbehandlung, Reinfektio, kombinierte Behandlung, Serieninjektionen, summierende Wirkung, Salvarsanschädigungen, Quecksilber, Klinik (Alopezia, Lungensyphilis, Thrombophlebitis, Lues congenita), Wassermannsche Reaktion, Liquor cerebrospinalis. 4. Ulcera mollia, Bubonen. 5. Dermatologie: Lichtbehandlung und Röntgentherapie, Radium, Mesothorium, Doramed, Lepra, Mycosis fungoides, Milzbrand. Dermatitis herpetiformis, Lupus erythematodes, Aktinomykose, Blastomykose, Erysipelas, interdigitale Dermatomykose, Erfrierungen, neue Medikamente (Cignolin, Perkaglyzerin, Solarson, Granugenol), Schwangerschaftsdermatosen, Urtikaria, Varizen, Cysticercus cellulosae, Erythema infectiosum, Kriegsdermatologie (Hautatrophie, trophische Störungen, Brandsalbe, Pyodermie, Skabies, Pedikulosis), Eigenserumverfahren.
Fast 2 Seiten Literaturangaben.

Brauns (Dessau).

572. **Die Vlemingkxsche Lösung als gutes Krätze- und Läusemittel;** von Obermüller. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 239.)

Sol. Vlemingkx ist in jeder Feldapotheke leicht herzustellen: Calcar. ust. 1 Tl. wird mit Wasser zu Pulver gelöscht, dann mit Flor. sulf. 2 Tl. und Wasser 20 Tl. in einer Porzellanschale oder einfachen Emailleschüssel unter Umrühren gekocht, bis man 12 Teile durchgeseihte oder klar abgegossene Flüssigkeit erhält. Einstreichen mittels Borstenpinsels und Eintrockenlassen; Wiederholung am 2. und 4. oder 5. Tage. Wechsel der Wäsche und Kleiderdesinfektion! Bei Entlausungen Bad und hinterher Einpinselung.

Brauns (Dessau).

573. **The correlation between the systolic blood pressure and reflex vasoconstriction of the skin. Anemic dermography;** by E. A. Tracy. (Boston med. and surg. Journ. Bd. 176. Nr. 1. S. 15.)

Blutdruck und Reflexzeit wurde bestimmt. 125 mm, 135 mm und darüber wurden als Blutdruckgrade angenommen: dabei zeigten sich derartige Beziehungen, daß bei niedrigem Blutdruck kurze, bei höherem Blutdruck zeitlich längere Reflexwirkung erfolgte. Es scheint nach experimentellen Untersuchungen sich eine Korrelation zwischen dieser Erscheinung und dem Adrenalin-Gehalt des Blutes zu ergeben.

von Noorden (Bad Homburg).

574. **Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen;** von J. Schütze. (D. med. Woch. 1917. Nr. 13. S. 401.)

Sch. benutzt Fürstenaus Intensimeter, um die von der Haut zu ertragende Dosis festzustellen. Bei Durchleuchtungen mit dem Hochspannungsgleichrichter ist Gebrauch eines Filters angelegentlichst zu empfehlen.

Brauns (Dessau).

575. **Über Solarson, Staphylokokkenvakzine und Röntgenbehandlung der Acne vulgaris;** von E. Hoffmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 13. S. 393.)

Empfehlung von intraglutäalen Solarson - Injektionen (täglich 1 ccm, 30mal) für Lichen rub., Neurodermitis, Psoriasis, Akne, Chlorose, Warzen. Bei Pyodermie und Periporitis leistet Staphylokokkenvakzine (Opsonogen, Leukogen) gute Dienste. Für Akne empfiehlt H. durch 0,5 mm Aluminium schwach gefilterte Strahlen; Dosis 4 X in 10tägigem Intervall; oft genügen 3 Bestrahlungen.

Brauns (Dessau).

576. **Nephritis bei Impetigo contagiosa;** von F. Maier. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 215.)

In 7 Fällen von Impetigo contagiosa beobachtete M. Nephritis, zum Teil schweren Grades; tödlicher Ausgang in 2 Fällen. Es dürfte sich also empfehlen, bei Impetigo nie die Urinuntersuchung zu versäumen.

Brauns (Dessau).

577. **Zur Therapie der Psoriasis vulgaris;** von H. Schöppler. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 214.)

Heilung eines Falles von schwerer Psoriasis vulgaris durch Einwickelungen in Klebrobinde.

Brauns (Dessau).

578. **Ein Beitrag zur Impfbehandlung der Furunkulose mit polyvalenter Staphylokokkenvakzine (Opsogen);** von E. Herzberg. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 231.)

H. empfiehlt das Opsogen zur Behandlung schwerer Furunkulosefälle, tadelt den teuren Preis und die Tatsache, daß die Ampullen nur in 1 ccm Füllung abgegeben werden. Zwischenstufen seien zu empfehlen.

Cordes (Berlin).

579. **Über Erythema nodosum;** von K. Ochsenius. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 85. H. 1. S. 60.)

O. berichtet über das häufigere Auftreten von Erythema nodosum während des Krieges.
Er beobachtete keine Übertragung auf Geschwister. Vorausgegangen war Angina lacunaris, Scharlach und Influenza.
O. findet die Annahme des Zusammenhanges zwischen der Krankheit und der Tuberkulose in seinen Fällen nicht bestätigt. Nur ein Fall hatte positiven Pirquet ohne auf Tuberkulose weisenden Befund.

Cordes (Berlin).

580. **Über Simulation von Geschlechtskrankheiten;** von W. Pirk. (Med. Klin. 1917. Nr. 6. S. 148.)

P. berichtet über künstlichen *Tripper,* durch Seife, Tabakssaft, Lauge, Säure hervorgerufen; das Sekret ist mehr weißlich-bröckelig. Beweis durch das Mikroskop. Ferner sah er künstliche *Balanitis* durch Kantharidenpflaster erzeugt. Künstliche *Ulcera mollia* waren Folge der Anwendung von Salben, welche Quecksilber-Verbindungen enthielten. Am schwersten zu erkennen war eine künstliche *Initialsklerose* durch Laugenwirkung entstanden, zu welchem Zwecke ein Gemenge von Natriumhydroxyd, Natriumkarbonat und Natriumchlorid Verwendung gefunden hatte. Durch Kantharidenpflaster, geriebenen Knoblauch und anderes entstehen im Verein mit der Reibung der Hose und Verunreinigung am Skrotum Geschwüre, die bei der meist vorhandenen Drüsenschwellung in den Leisten *sekundäre Lues* vortäuschen können, doch fehlen eben weitere Symptome. Auch an *tertiäre Lues* erinnernde Ulzeration werden durch Laugenwirkung erzeugt. P. meint, daß rascheste Rücksendung solcher Simulanten zur Truppe — mit entsprechender Meldung — am besten abschreckend wirken werde.

Brauns (Dessau).

581. **1) Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle der Schwangeren;** von W. Wechselmann. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 345.)

2) Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle bei Schwangeren; von L. v. Zumbusch. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 448.)

Daß eine Salvarsaninjektion gelegentlich tödlich wirken kann, unterliegt keinem Zweifel. Es betrifft dies dann scheinbar Gesunde, die aber oft schwere Insuffizienzen darbieten (Stat. thymico-lymphaticus, vaskuläre Nephritis, schwere Tuberkulose, besonders latente Meningealtuberkulose, Leberinsuffizienz). Eine solche Gruppe gefährdeter Menschen sind auch die Schwangeren, bei denen Todesfälle tatsächlich auffallend häufig sind, und zwar besonders bei den jungen, zum ersten Male geschwängerten in der 2. Hälfte der Schwangerschaft. Vor der verhängnisvollen Injektion haben sie zum Teil viel größere Dosen Salvarsan ohne Vergiftung vertragen, also kann von einer Arsenvergiftung schlechtweg nicht die Rede sein. Die Erscheinungen gleichen denen der Eklampsie, sodaß eine Differentialdiagnose kaum zu stellen ist, und auch pathologisch-anatomisch ist die Analogie sehr weitgehend. Die kapillären Hirnblutungen sowohl bei Eklampsie wie bei Encephalitis haemorrhagica sind in Wahrheit Diapedese roter Blutkörperchen aus mehr chronisch geschädigten, hyalin degenerierten Kapillaren. Das supponierte Schwangerschaftsgift wird bei der Eklampsie in krankmachender Menge zurückgehalten, es liegt also eine Retentionstoxikose vor. In der späteren Zeit der Schwangerschaft tritt oft, ohne daß es zu Eiweißausscheidungen zu kommen braucht, eine funktionelle Insuffizienz für die Ausscheidung der wichtigsten normalen Stoffwechselprodukte und noch mehr körperfremder Substanzen (wie Salvarsan) ein. Es kann also ein längeres Zurückhalten des Salvarsans stattfinden und in dem ohnehin von Giftstoffen überladenen Organismus der Schwangeren explosionsartige Reaktionen auslösen: Eklampsie mit starker Erhöhung des Lumbaldruckes, welch letztere im Vordergrunde der Salvarsanvergiftungsfälle steht und deren Auffassung als Hirnschwellung zugrunde liegt. Ähnlicherweise erfordert die Glomerulonephritis der Kriegsteilnehmer bei beabsichtigter Salvarsantherapie eingehende Beachtung.

Gegenüber Wechselmann weist v. Z. darauf hin, daß die geringe Zahl der Fälle noch nicht berechtige, Schlüsse zu ziehen, zumal die Zahl der Schwangeren in dermatologischen Kliniken doch eine relativ große sei und viel mehr Salvarsantodesfälle bei Männern publiziert sind. Gerade in der Schwangerschaft sei aber eine energische Behandlung für Mutter und Kind äußerst wichtig, und es daher kein Nutzen, hier abzuschrecken.

Brauns (Dessau).

582. **Weitere Erfahrungen über Salvarsannatrium;** von E. Hoffmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 129.)

Das Salvarsannatrium kann in Form konzentrierter Einspritzungen intravenös angewandt werden und wird gut vertragen. Es hat eine treffliche Wirkung auf alle Erscheinungen der Syphilis, steht aber hinsichtlich des Dauererfolges dem Altsalvarsan nach, während es das Neosalvarsan etwas zu übertreffen scheint. Bei primärer seronegativer und seropositiver Syphilis genügt nach den bisherigen Erfahrungen eine starke kombinierte Hg-Salvarsankur; bei frischer sekundärer Syphilis sind 2 durch 2—3monatiges Intervall getrennte Kuren empfehlenswert.

Brauns (Dessau).

583. **Bemerkungen über den Wert der Abelinschen Salvarsanreaktion im Urin für die Therapie;** von Engwer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 446.)

Ein Vergleich der Salvarsanausscheidung im Urin bei großen Infusionen und konzentrierten Injektionen lehrt, daß unter besonders gewählten Bedingungen zwar Unterschiede zutage treten, daß sie aber keineswegs erheblich zu sein brauchen. Solche Differenzen bekommen eine viel geringere Bedeutung, wenn man bedenkt, daß auch der Darm einen sehr wesentlichen Anteil an der Entfernung des Salvarsans aus dem Körper hat. Allerdings beweist der positive Ausfall der Abelinschen Reaktion im Urin, daß noch Salvarsan vor kurzem im Körper wirksam war, und hierauf beruht auch ihr relativer Wert für unser therapeutisches Handeln. E. meint, es sei weniger wichtig, die zuführende Wassermenge so klein wie möglich zu gestalten, als dem Körper im ganzen zu einer möglichst zweckmäßigen Salvarsanwirkung zu verhelfen.

Brauns (Dessau).

584. **Über extragenitale Syphilisinfektionen zur Kriegszeit;** von A. Seidl. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 50. S. 2223.)

Es wird über 25 Fälle extragenital lokalisierter Primäraffekte berichtet, darunter befanden sich 2 Fingersklerosen, 10 Lippen-, 10 Tonsillarschanker; 1mal wurde Zungensklerose und 1mal Augenlidsklerose gesehen; 1mal konnte ein Primäraffekt nicht mehr festgestellt werden. Ob, wie S. meint, das indurative Ödem eine *häufige* Begleiterscheinung der Lippensklerose ist, möchte Ref. bezweifeln. S. braucht promiscue den Ausdruck Sklerose für Ulcus durum und Sklerose.

Fall 8 und 8a stellen Syphiliserkrankung aus derselben Quelle dar; der eine Patient erscheint etwa $1^1/_2$ Monate nach Beendigung einer kombinierten Hg- und Neosalvarsan-Kur mit einer Fazialisparese: S. erörtert dabei die Frage nach der Qualitätsverschiedenheit des luetischen Virus, ohne dabei die Frage des Neurorezidivs zu streifen. Interessant ist die Beobachtung einer Familienendemie: drei virginale Schwestern erkranken an Tonsillarschanker.

Riecke (Göttingen).

585. **Kritisches zur modernen Syphilislehre;** von J. Heller. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 11. S. 259.)

Im 4. Kapitel seiner Abhandlungen, das den Untertitel führt: „Ist ein Einfluß der Verbesserung der Therapie auf die Zahl der durch Sektion nachgewiesenen Fälle von Aortenaneurysma in den letzten 55 Jahren nachweisbar?" stellt H. fest, daß die Zahl der Aneurysmafälle in einer Zeit intensiverer Behandlung nicht kleiner geworden ist. Während also der prophylaktische Wert der bisherigen Therapie gegenüber den spezifisch-syphilitischen Symptomen feststeht, ist er gegenüber einer parasyphilitischen Erkrankung, dem Aortenaneurysma, nicht erweisbar. Nicht bewiesen ist die Unwirksamkeit der zur Zeit, d. h. 1917, empfohlenen modernen Therapie. Man kann hoffen, man kann wünschen, daß die sehr häufig wiederholte Anwendung sehr großer Quecksilber- und Salvarsandosen eine bessere prophylaktische Wirkung hat als die Quecksilber- und Jodbehandlung des Jahrzehntes 1885—1895. Urteilen kann man hierüber erst in 25 Jahren. Brauns (Dessau).

586. **Variköse Erkrankungen und Syphilis;** von G. Nobl. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 7. S. 193.)

Im Gegensatz zu Zinßer und Philipp, welche behaupten, daß der ganze variköse Symptomenkomplex in den allermeisten Fällen eine direkte Folge von Lues ist, daß syphilitische Gefäßerkrankungen (Endophlebitis, Phlebitis obliterans) die Grundursache des gesamten Krankheitsbildes sind, erklärt N., daß er auf Grund von etwa 300 Beobachtungen nur neuerdings der Anschauung Raum gewähren könne, daß die Syphilis zum varikösen Symptomenkomplex in keiner engeren pathogenetischen Beziehung steht und der verwirrende Begriff des varikös-syphilitischen Geschwürs aus der Syphilislehre auszuscheiden ist. Die im Erscheinungsbereich der Venenentartung auftretenden Knochenveränderungen heben sich in Form umschriebener Periostosen der Flächen und Innenkanten beider Unterschenkelknochen am mittleren und unteren Drittel ab und sind als häufige banale Begleitsymptome des Leidens anzusprechen. Von diesen wechselnden Auftreibungen weichen die typischen irritativen und gummösen Ostitiden wesentlich ab.
Brauns (Dessau).

587. **Pupillenanomalien bei viszeraler Lues;** von Noehte. (D. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 272.)

Pupillenanomalien sind eine häufige Begleiterscheinung viszeraler Lues; man muß daher bei allen chronischen inneren Leiden nach ihnen forschen. Die *Beschwerden* der viszeralen Lues setzen sich zusammen aus allgemeinen, unbestimmten Klagen, die vielfach den neurasthenischen ähneln, und aus lokalen, häufig schmerzhaften, krampfhaften, anfallsweise auftretenden Störungen (Krisen, Koliken am Magen, Nieren, Gallenblase; Angina pectoris; Neuralgien; Myalgien). Vielfach sind auch die örtlichen Affektionen unbestimmter Natur (Blasen-, Gehstörungen). Fast immer besitzen die Beschwerden eine nervöse Note. *Organische Veränderungen,* den lokalen Beschwerden entsprechend, sind nur selten nachzuweisen, selbst den Neuralgien und Myalgien pflegt eine auffallend geringe Druckempfindlichkeit eigentümlich zu sein. Dagegen findet sich öfter eine Klopfempfindlichkeit der Wirbelsäule. Es können aber den lokalen Beschwerden organische Veränderungen zugrunde liegen (Schleimhautveränderungen am Magen, Gummiknoten usw.). Fast stets finden sich allgemeine Ernährungsstörungen, der Schwindsucht ähnlich; allgemeine Atherosklerose; Störungen am Zentralnervensystem (Pupillenanomalien); Anschwellungen drüsiger Organe. *Verlauf* erfolgt in Schüben, welche meist erst Jahre nach der Infektion zum ersten Male auftreten. Für das Auftreten eines frischen Krankheitsschubes und für die Entstehung von akuter Verschlimmerung einer schon bestehenden Erkrankung lassen sich gelegentlich äußere Schädlichkeiten auffinden (Verletzungen, körperliche Erschütterungen, Anstrengungen, seelische Erregungen, akute Infektionskrankheiten). Durch Beachtung der geschilderten klinischen Eigentümlichkeiten läßt sich in vielen Fällen die Wassermann-Reaktion ersetzen, bleibt aber stets eine erwünschte Ergänzung.
Brauns (Dessau).

588. **A new mercurial preparation in the treatment of syphilis;** by M. F. Lautmann. (New York med. Record Jan. 13. 1917. S. 60.)

Vorteile hatte die Anwendung einer Emulsion von 10% Hydrargyrum benzoicum und 2% Chinin und salzsaurem Harnstoff in weißem Petroleum; die intramuskuläre Injektion ist nicht schmerzhafter als bei Benutzung der anderen bei Syphilis üblichen Emulsionen. Die Erfolge sind in jeder Beziehung zufriedenstellend. Die Methode erlaubt, wöchentlich 0,2 g Hydrargyrum benzoicum anzuwenden.
Fischer-Defoy (Dresden).

589. **Die positive Wassermannsche Reaktion als Zeichen der Infektiosität der Lues;** von J. Trinchese. (D. med. Woch. 1917. Nr. 2. S. 38.)

Tr. beschäftigt sich mit der Frage, ob der positive Ausfall der Wassermann-Reaktion als Zeichen der Infektiosität gelten kann: Für die ersten Stadien der Lues kommt diese Frage ja nicht in Betracht, da hier über die Infektiosität Zweifel nicht bestehen, wohl aber für die Früh- und Spätlatenz. Bei einer entweder spontan oder durch die Kur entstandenen Frühlatenz folgt dem negativen Wassermann meist bald der Wiederumschlag ins Positive. Aber auch in der Spätlatenz ist positive Wassermann-Reaktion als Zeichen der Infektiosität zu betrachten; ein langes positives Verbleiben der Wassermann-Reaktion nach Absterben der Krankheitserreger erscheint nach unseren jetzigen Kenntnissen nicht möglich. Wir wissen zwar noch wenig über das Wesen der Wassermann-Reaktion, aber das eine steht fest, daß, ob es sich um Antitoxine oder um eine Störung des Gleichgewichts zwischen Albuminen und Globulinen handelt, die Reaktion eine Folge der Anwesenheit von Spirochäten in irgendeiner Gegend des Körpers ist. Positive Reaktion ist also als Anzeichen von Infektiosität anzusehen. Dem widerspricht auch nicht, daß Metaluetiker trotz positiver Wassermann-Reaktion nicht infektiös sind, denn die Forschungen über Metalues haben erwiesen, daß hier die Krankheitsprozesse sich ausschließlich in einem *vollständig abgeschlossenen* Körperteil — dem Nervensystem — abspielen, während die übrigen Gewebe und Organe bereits vollkommen immunisiert und nicht mehr imstande sind, Krankheitserreger zu bewirten. Mit Ausnahme der Metaluetiker können positiv nach Wassermann reagierende Patienten infektiös sein und alle infektiösen Individuen mit einzelnen Ausnahmen positiv nach Wassermann reagieren. Brauns (Dessau).

590. **Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion;** von J. Heller. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 13. S. 306.)

Erwiderung auf eine Kritik Wassermanns an einer früheren Veröffentlichung H.s. Die Tatsache bleibt bestehen, daß Diskrepanzen zwischen klinischen Befunden und serologischer Reaktion in allen Instituten vorkamen, von denen H. Diagnosen erhielt.
Brauns (Dessau).

591. **Über die Notwendigkeit wiederholter Wassermann-Reaktionen in der Prostituiertenbehandlung;** von G. Stümpke. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 315.)

Durch wiederholte Wassermann-Reaktionen an 110 im Laufe eines halben Jahres im dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover-Linden in Behandlung gekommenen Prostituierten, die bei der Aufnahme weder klinische Symptome von Syphilis noch positive Wassermann-Reaktion zeigten, wurde festgestellt, daß 7 bei der Nachuntersuchung ein Umschlagen der Reaktion ins Positive erkennen ließen. St. rät daher, diese Reaktion bei seronegativen Fällen möglichst häufig zu wiederholen. Brauns (Dessau).

592. **Über die Brucksche serochemische Reaktion bei Syphilis;** von H. Schmitz. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 211.)

160 Nachuntersuchungen der Bruckschen Methode ergaben, daß sie die notwendige Zuverlässigkeit vermissen läßt und daher zur praktischen Verwertung einstweilen nicht in Frage kommen kann.

Brauns (Dessau).

593. **Zur Bruckschen „serochemischen Reaktion“ bei Syphilis;** von A. Hauptmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 16. S. 490.)

H. hat Brucks serochemische Reaktion an 114 Fällen nachgeprüft und ist einstweilen zu dem Resultat gekommen, daß weder eine für praktische und wissenschaftliche Zwecke brauchbare Übereinstimmung mit der Wassermann-Reaktion, noch mit der klinischen Diagnose vorhanden ist. Er sieht sich daher gezwungen, der Methode einen praktischen diagnostischen Wert einstweilen abzusprechen, ohne leugnen zu wollen, daß vielleicht auf diesem Wege doch dem Ziele näher zu kommen sein wird.

Brauns (Dessau).

594. **Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Gonorrhöe, insbesondere bei chronischer Gonorrhöe;** von W. Schürmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 12. S. 367.)

Sch. hat sich überzeugt, daß Friedberger und Hein recht haben mit der Behauptung, daß der positive Ausschlag der Reaktion auf einem gegen Menscheneiweiß gerichteten Antikörper beruhe.

Brauns (Dessau).

595. **Die Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann als Diagnostikum bei Gonorrhöe;** von E. Friedberger und A. Heyn. (D. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 257.)

Antigonokokkenserum (Dresden - Bern) liefert entsprechend den Angaben von Schürmann mit Vaginalsekret gonorrhoischer Frauen fast in allen Fällen positive Thermopräzipitinreaktion. Die Reaktion gelingt jedoch bei Verwendung desselben Serums auch mit jeglichem Menscheneiweiß als Antigen. Sie dürfte zum größten Teil, wenn nicht ausschließlich, also auf einem Gehalt des benutzten Antiserums an Präzipitin gegen *Menscheneiweiß* beruhen. Unter den gegebenen Versuchsbedingungen und mit dem betreffenden Antiserum kann ihr deshalb eine diagnostische Bedeutung nicht zugesprochen werden.

Empfohlen wird zur Klärung trüber Reagentien bei der Präzipitinreaktion die Ausschüttelung mit Tierkohle und nachherige Filtration durch Papierfilter.

Brauns (Dessau).

X. Soziale und gerichtliche Medizin.

596. **The beneficial results of prenatal work;** by M. M. Davis. (Boston med. and surg. Journ. Bd. 147. Nr. 11. S. 5.)

Es entspringt einem, gerade jetzt für uns auch hoch sozialpolitisch richtigem Gedanken, die Fürsorge für Mutter und Kind in großem Stile monatelang vor der Geburt schon eintreten zu lassen. Jede Schwangere ist rechtzeitig auf Gebärfähigkeit zu untersuchen und das Nötige im Fehlfalle eventuell behördlich anzuordnen. Eigene Pflegerinnen haben hygienisch und beratend durch häufige Besuche (distriktweise) mitzuhelfen. Die Lebensgefahr für Mutter und Kind kann auf ein Minimum reduziert werden bei geeigneter Organisation, indem mit der Zeit viele schädliche Einflüsse aus den einzelnen Hauswesen verschwinden. Solche großzügige Einrichtungen verdienen alle Aufmerksamkeit seitens der Behörden und organisierenden Körperschaften auch bei uns. von Noorden (Bad Homburg).

597. **Geschlecht und Tuberkulosesterblichkeit;** von Grau. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 27. H. 5. S. 343.)

Die Tuberkulosesterblichkeit hat bei der Frau prozentual nicht so stark abgenommen wie beim Mann. Der Grund dafür liegt vielleicht an der wachsenden Teilnahme des weiblichen Geschlechts am Berufsleben; die Zunahme der Frauen im Erwerbsleben betrug in Deutschland in den 25 Jahren von 1882—1907 102% gegen 44% beim Manne. Auch strömen die Frauen vorwiegend in die gesundheitlich weniger zuträglichen Berufsarten. Für diese Auffassung spricht auch eine Statistik über die Verteilung der Tuberkulose auf die verschiedenen Altersklassen.

E. Fränkel (Heidelberg).

598. **Erfahrungen in der Fürsorge für versicherte Lungenkranke;** von Reche. (Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 26. H. 6. S. 413.)

Lungenheilstätten sollten nur Tuberkulöse aufnehmen, nicht tuberkulöse Patienten sollen anderweitig in Erholungsheimen untergebracht werden. Walderholungsstätten und Wohnungshygiene und Kontrolle sind zur Ergänzung für leichte Tuberkulosefälle zu empfehlen. Bei der Diagnostik leistet neben der Röntgen- usw. Untersuchung das Tuberkulin wertvolle Dienste. Richtig angewendet ist es unschädlich. In prognostisch günstigen Fällen kann die Kurdauer in der Heilstätte auch über 3 Monate ausgedehnt werden. Für Schwerkranke empfiehlt sich die Einrichtung besonderer Tuberkulose - Krankenhäuser oder Invalidenheime. Dort soll jede begründete Therapie angewendet werden. Unter Umständen ist die Isolierung der Kinder von den Kranken durch die Fürsorgestellen, oder die Isolierung der Kranken in der Wohnung durch Hinzumieten von Zimmern zu fördern. Die Folgen einer Anzeigepflicht werden nicht für günstig gehalten. Fürsorgearzt und -Schwester sollen in jeder Hinsicht gestützt werden.

E. Fränkel (Heidelberg).

599. **The physical examination of prisoners on admission to prison;** by F. L. Heacox. (New York med. Journ. Jan. 13. 1917. S. 64.)

Ausgehend von der großen Bedeutung, die der Feststellung von pathologischen Zuständen bei neu aufgenommenen Gefangenen zukommt, befürwortet H. die Einrichtung eines Aufnahmehauses in jedem Gefängnisse. In dieser Abteilung soll eine gründliche Untersuchung und Beobachtung eines jeden Gefangenen durch Spezialisten jeder Art stattfinden. Es werden zahlreiche Tabellen über die Häufigkeit pathologischer Zustände bei Gefangenen wiedergegeben.

Fischer-Defoy (Dresden).

600. **Abort und Geburtenrückgang;** von P. W. Siegel. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 11. S. 257.)

Die Beziehungen zwischen Abort und Geburtenrückgang gestalten sich nach den Berechnungen S.s so, daß die eventuell vermeidbaren Aborte nur in geringem Sinne am Geburtenrückgang mitwirken, daß der spontane ungewollte Abort sehr häufig ist, daß vielleicht sogar eine steigende unvermeidbare Non facultas gestandi besteht. Tosetti (Bonn).

601. **Ein Beitrag zu dem Thema: Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik;** von R. Th. v. Jaschke. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 3. S. 65.)

Aus dem Komplex von Fragen, die der Begriff „Bevölkerungspolitik" birgt, greift v. J. das Thema „die Aufgaben des Geburtshelfers bei der Pflege und Ernährung der Neugeborenen" heraus. Seine Vorschläge zur Organisation der gesamten Pflege der Neugeborenen an Frauenkliniken und ähnlichen Anstalten gehen dahin, daß gefordert werden muß: Trennung des Pflegepersonals für Mütter und Kinder; Trennung der Neugeborenen von den Wöchnerinnen; Maßnahmen zur Verhütung jeglicher Keimübertragung; strenge Durchführung und Regelung der natürlichen Ernährung; Überwachung der ersten Stillversuche; Kontrolle des Ernährungserfolges; Beschränkung der künstlichen Ernährung auf äußerste Notfälle.

Tosetti (Bonn).

602. **Schlaganfall nach Schädelverletzung;** von Thiem. (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1916. Nr. 11. S. 333.)

Ein 41jähriger Gutsbesitzer, der öfters Schnaps in reichlicher Menge zu sich genommen, erfuhr durch Stoß einer Kuh mit dem Horn eine Verletzung der linken Stirngegend. Fiel zunächst fast besinnungslos um. Seitdem Ohnmachtsanfälle und Kopfschmerzen. 10 Tage später rechtsseitige Hemiplegie und Tod. Th. nimmt mit Recht Unfallfolge an.

Rumpf (Bonn).

603. **Allgemeines zur Frage der Simulation;** von Singer. (Würzb. Abhandl. Bd. 16. H. 6.)

S. bespricht die Notwendigkeit, durch eine bis ins kleinste durchgeführte körperliche Untersuchung bei allen Kranken den Befund festzustellen, ebensowohl um Übertreibungen auf ihren wirklichen Charakter zurückzuführen, als auch die Patienten vor einem falschen Verdacht zu schützen. Er betont weiter, daß sowohl Simulation als Dissimulation vorkommt und schildert einige teilweise schwierige Fälle aus dem Gebiet der psychischen Erkrankungen.

Rumpf (Bonn).

604. **Kohlenoxydvergiftung und Verbrechen;** von F. Straßmann. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 1. S. 3.)

St. berichtet über Fälle von Leuchtgasvergiftung, die er als „erweiterten" Selbstmord bezeichnet, während er Mord durch Leuchtgas für selten erklärt. Er versteht unter „erweitertem Selbstmord" die Versuche, andere bei der eigenen Vergiftung mit zu vergiften und beleuchtet die Stellung des Gerichtsarztes besonders gegenüber der Frage, ob die angewandte Menge Leuchtgas imstande war, den Tod z. B. der Kinder herbeizuführen. Cordes (Berlin).

B. Bücherbesprechungen.

20. **Klinisches Wörterbuch;** von O. Dornblüth. 7. Aufl. Leipzig 1917. Veit & Co. 370 S. (Geb. 6 Mk.)

Von der Beliebtheit dieses Buches zeugt die kurze Spanne Zeit, die zwischen der vorletzten und dieser Auflage liegt. Das Werkchen, das die gebräuchlichen Fremdwörter mit kurzer Angabe der Ableitung und Bedeutung und die wichtigsten Kunstausdrücke aus den alten und den neueren Sprachen zusammenstellt, sei auch in dem vorliegenden neuen Gewande den Studierenden und Ärzten aufs beste empfohlen; denn bei der großen Verzweigung der medizinischen Spezialfächer ist es selbst dem Belesenen oft unmöglich, alle Kunst- und Fachausdrücke zu behalten.

Bachem (Bonn).

21. **Die Röntgendiagnostik der Magen- und Darmkrankheiten;** von E. Schlesinger. Berlin 1917. Urban & Schwarzenberg. 368 S. mit 420 Textabb. u. 8 Taf. (Geb. 17 Mk. 50 Pf.)

Sch., dem wir eine Reihe von Arbeiten zur Röntgenologie des Magens verdanken, hat nunmehr unter dem obigen Titel seine Einzelerfahrungen zu einem Lehrbuch vereinigt. Daß wir trotz des Weltkrieges mehrere umfangreiche Neuerscheinungen auf diesem Gebiet erlebt haben, ist ein Beweis für die stets zunehmende Leistungsfähigkeit der Magen- und Darmdiagnostik seit Einführung der Röntgenstrahlen, die auch im besonderen so manches vorher noch unbekannte oder strittige Neuland erschlossen haben. In knapper, aber doch erschöpfender Wiedergabe gelingt es Sch., die Ergiebigkeit der röntgenologischen Untersuchungsmethoden im Dienste der klinischen Diagnose der Magen- und Darmkrankheiten darzustellen und auch die Grenzen, die ihrer Kunst gesetzt sind, scharf und unzweideutig zu ziehen. Eine persönliche Note wird durch den Umstand in das Buch hineingetragen, daß ein großer Teil der Untersuchungen an Patienten angestellt wurden, die stationär oder ambulant in Sch.s eigener Beobachtung standen, und daß die Röntgenuntersuchung gewissermaßen nur als Abschluß der sonstigen klinischen Methoden und Ergebnisse vorgenommen wurde. Besondere Berücksichtigung erfahren auch chirurgische Fragen, zu deren Lösung Operations-, Resektions- und Sektionsbefunde vielfach herangezogen werden. Desgleichen finden auch die sich aus dem Röntgenbefund ergebenden therapeutischen Maßnahmen weitgehendste Erörterung. Die Arbeiten der namhaften Autoren sind vollgewürdigt und zu einem ca. 20 Seiten umfassenden Verzeichnis vereinigt. Die bildlichen Darstellungen —

Tafeln und Textfiguren — geben einmal die wichtigsten Krankheitsformen, so vom Ulcus ventriculi, vom Karzinom, von der Ptose, der Ektasie usw. in ihren typischen Befunden wieder, lassen aber auch die wechselvollen Erscheinungsformen in der Reproduktion zahlreicher Varianten nicht vermissen. Die Mannigfaltigkeit des Röntgenbefundes bei den einzelnen Krankheitsformen, deren Deutung gerade dem Anfänger häufig besondere Schwierigkeiten bereitet, wird von Sch. eingehend berücksichtigt und findet in differentialdiagnostischen Hinweisen ihre Stütze. Soweit es auch zum Verständnis der zahlreichen, noch im Fluß der Diskussion befindlichen Fragen erforderlich ist, werden die einzelnen Probleme und die Stellungnahme der verschiedenen Beobachter zu ihnen in kritischer Nebeneinanderreihung aufgerollt. Das Ziel, das sich Sch. gesetzt hat, dem Anfänger ein zuverlässiger Führer, dem Vorgeschrittenen, sei er Röntgenologe, Praktiker, Interner oder Chirurg, in einzelnen Fragen ein Förderer zu sein und dem wissenschaftlich Arbeitenden die Lücken gezeigt zu haben, die für weitere Forschungen offenstehen, kann als erreicht angesehen werden. Kautz (Hamburg).

22. **Die Ätiologie des Fleckfiebers;** von H. Plotz, P. K. Olitzky und G. Baehr. Autorisierte Übersetzung aus dem Englischen von F. Schwarz. Berlin u. Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. 80 S. u. 1 Taf. (Brosch. 4 Mk.)

Der Übersetzer, der selbst als Leiter eines Flecktyphuslazaretts in Russisch-Polen steht, gibt in seiner Übertragung das Ausführlichste, was bisher über das Thema erschienen ist. Das Werk ist doppelt interessant dadurch, daß die Vff. ihre gesammelten Erfahrungen durch eigene Beobachtung während des jetzigen Krieges nachprüfen konnten. Diese Beobachtungen wurden auch zum Teil schon in der Arbeit verwandt.

Die aus der Arbeit zu ziehenden Schlußfolgerungen sind kurz folgende:

Auf Grund der ausführlich in dem Buche geschilderten Versuche gelang es, einen Bazillus aus dem Blute der Fleckfieberkranken zu isolieren, der bei mit Blut von Fleckfieberkranken geimpften Tieren ebenso isoliert werden konnte und bei diesen die Krankheit reproduzierte. Auch gelang auf dem Höhepunkt der Krankheit eine Züchtung aus dem Blute der Tiere. Bei den Versuchstieren steht die Zahl der im Blute kreisenden Bazillen in direktem Verhältnis zur Schwere der Erkrankung. Auf der Höhe der Erkrankung ist sie beim einzelnen Tier am höchsten. Das Fleckfieberblut ist nur dann infektiös, wenn die gefundenen Bazillen in genügender Anzahl vorhanden sind.

Der Bazillus, der ein kleiner pleomorpher grampositiver Organismus, unbeweglich, ohne Kapsel und nicht säurebeständig ist, muß auf Grund der serologischen und bakteriologischen Untersuchungen als Erreger des Flecktyphus angesprochen werden. Die Länge desselben beträgt 0,9 und 1,93 Mikren, die Breite 1—3 Fünftel seiner Länge. Meist sind die Bazillen gerade, es finden sich indes auch leicht gekrümmte, sowie manchmal kokkoide Formen. Die Enden sind abgerundet oder leicht zugespitzt.

Cordes (Berlin).

23. **Wasserkur und natürliche Immunität;** von W. Winternitz. Leipzig 1917. Georg Thieme. 59 S. mit 5 Textabb. (Brosch. 2 Mk.)

W. bringt in geschickter Weise die günstigen Ergebnisse der Wasserkur mit den Sätzen der Immunitätslehre in Übereinstimmung. Die Ausführungen sind geeignet, die zielbewußte Anwendung hydriatrischer Prozeduren zu fördern. Kadner (Dresden-Loschwitz).

24. **Sonnenlichtbehandlung in der Chirurgie;** von O. Bernhard. [„Neue deutsche Chirurgie" Bd. 23.] Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 256 S. mit 118 teils farbigen Textabb. (Geh. 11 Mk. 60 Pf.; geb. 14 Mk.)

Ein ganz ausgezeichnetes Buch, in dem B. in knapper Form ein möglichst vollständiges Bild der Entwicklung und des heutigen Standes der Sonnenlichtbehandlung gibt. „Hauptsächlich bei der chirurgischen Tuberkulose hat sich das Sonnenlicht als das beste und wirksamste Mittel gezeigt, das nicht nur heilt, sondern vor allem auch vorbeugt und die junge Generation davor schützt, später dem Würgengel der Lungentuberkulose zu verfallen." Zur Abfassung des vorliegenden Buches war B. ganz besonders geeignet, da er bereits 1902 auf den Gedanken kam, neben der reinen austrocknenden Höhenluft auch die direkte Anwendung der bakteriziden und inzitierenden Wirkung der an ultravioletten Strahlen so reichen Höhensonne in die chirurgische Therapie überhaupt einzuführen. Ein Jahr später eröffnete dann Rollier seine Anstalt in Leysin zur ausschließlichen Behandlung der chirurgischen Tuberkulose durch Heliotherapie. Erst die mit der Heliotherapie im Hochgebirge Graubündens und des Waadtlandes erzielten schönen und augenfälligen Erfolge haben die ärztliche Welt so recht auf diese Heilmethode aufmerksam gemacht und zu deren Verbreitung beigetragen. Wagner (Leipzig).

25. **Ärztliche Verbandkunst;** von Port. Tübingen 1917. H. Lauppsche Buchhandlung. 115 S. mit 122 Abb. (Brosch. 6 Mk.)

In der Vorbemerkung, die sich mit der Stellung der Orthopädie beschäftigt, hebt P. zunächst mit vollem Rechte die großen Verdienste Hessings hervor, der hier wirklich bahnbrechend gewirkt hat, und betont, daß der Orthopäde dann einen gewaltigen Aufschwung seiner Kunst zu erwarten hat, wenn er selbst zum Hammer greift und sich seine Verbände und Apparate selbst herstellt. „Die unsere Orthopädie charakterisierende Eigentümlichkeit soll sein: die Verbandkunst." Von ihr verlangen wir, daß sie allen Anforderungen gewachsen ist, daß es keine mechanischen Probleme gibt, die sich mit ihrer Hilfe nicht lösen ließen. Damit der Arzt die Apparate und Verbände selbst machen kann, ist erforderlich, daß vor allem: 1. die Technik nicht zu kostspielig ist, und 2. die Anfertigung nicht zu viel von der kostbaren Zeit in Anspruch nimmt. Die Grundlagen der von P. beschriebenen Verbandkunst bilden der Leimverband von Hessing und die Bandeisentechnik von Julius Port. Was man hiermit erreichen kann, beschreibt P. in dem vorliegenden, mit ausgezeichneten Abbildungen versehenen Buche, das namentlich jetzt zur Kriegszeit ganz besondere Beachtung verdient.

Wagner (Leipzig).

26. **Chirurgie der Lymphgefäße und der Lymphdrüsen;** von A. Most. [Neue deutsche Chirurgie Bd. 24.] Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 402 S. mit 36 teils farbigen Textabbildungen. (Brosch. 15 Mk. 60 Pf.)

In diesem sehr umfangreichen Werke gibt M. zunächst einen kurzen Abriß über die Anatomie, Physiologie und allgemeine Pathologie des Lymphgefäßsystems. Der Hauptteil umfaßt die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Lymphgefäßsystems: die entzündlichen Erkrankungen, einschließlich der Tuberkulose; die leukämischen und aleukämi-

schen Erkrankungen; die Geschwülste und die Verletzungen des Lymphgefäßsystems, sowie endlich die chylösen Ergüsse. Das Literaturverzeichnis umfaßt über 50 enggedruckte Seiten.

In der *„deutschen Chirurgie“* hatte F. Fischer die Krankheiten der Lymphgefäße, Lymphdrüsen und Blutgefäße bearbeitet. Sehr interessant ist ein Vergleich dieser 1901 erschienenen Bearbeitung mit dem M.schen Werke. Wagner (Leipzig).

27. **Zur Pathologie der Zwillingsschwangerschaft;** von H. Walther. [Mitteil. zur Geb. u. Gyn. f. d. Praxis.] Leipzig 1916. Repertorienverlag. 17 S. (1 Mk.)

Im allgemeinen würden die Gefahren der Zwillingsschwangerschaft und -Geburt unterschätzt. W. macht auf einige derselben aufmerksam. In der Schwangerschaft drohen Nephritis und Eklampsie besonders, starke Varizenbildung, Hydramnios. Sub partu Geburtsstörungen auch durch Mißbildungen, wie Akardiazi, ödematöse Monstra u. a. Der zweite Zwilling stellt sich oft in ungünstiger Lage ein. Man soll nicht zu lange auf die Geburt des zweiten Zwillings warten, aufsteigende Infektion oder Blutung infolge teilweiser Lösung der Plazenta können eintreten. Gefahr der Atonie post partum besonders groß. Am vorteilhaftesten dürfte es sein, $^1/_2$ oder 1 Stunde nach der Geburt des ersten Zwillings die Blase des zweiten zu sprengen. Einige andere Winke werden noch gegeben. Klien (Leipzig).

28. **Wandbilder zur Säuglingspflege;** von Peiper. Leipzig 1917. Rud Schick & Co. 4 Tafeln.

Die von dem Direktor der Universitäts-Kinderklinik zu Greifswald, Peiper, herausgegebenen Wandbilder zur Säuglingspflege geben in sehr instruktiver Weise eine kurze Übersicht über die richtige Handhabung der wichtigsten Punkte der Säuglingspflege. Diese wichtige Anleitung für junge Mütter und das Pflegepersonal ist sehr zu begrüßen und bedarf großer Verbreitung.

Tafel 1 und 2 zeigen Beschaffenheit und Zurechtlegen der Windeln, ferner das Bilden des Windelhöschens und das Einschlagen in die Tücher.

Auf *Tafel 3* sieht man das richtige und falsche Tragen des Säuglings, wobei besonders auf die richtige Lage des Köpfchens zu achten ist.

Tafel 4 erklärt das Herausheben aus dem Bettchen und das Baden des Säuglings. Tosetti (Bonn).

29. **Die Kindersterblichkeit in Österreich und ihr Verhältnis zur Säuglingssterblichkeit;** von S. Rosenfeld. Wien und Leipzig 1916. Alfred Hölder. 142 S.

Auf der Grundlage eines sehr großen statistischen Materials erörtert R. zunächst einige allgemeine Fragen (Methodologie und Berechnung der Sterblichkeit), um dann auf die verschiedenen Faktoren, welche die Säuglings- und Kindersterblichkeit beeinflussen, im einzelnen einzugehen. Die vielgestaltigen Verhältnisse der österreichisch-ungarischen Monarchie geben wertvolle Einblicke in Verhältnisse, die zum Teil noch nicht in gleicher Ausführlichkeit und Sorgfalt berücksichtigt wurden. Auf Einzelheiten einzugehen, verbietet sich bei dem Umfange des statistischen Materials von selbst. Brückner (Dresden).

30. **Lehrbuch der Kinderheilkunde;** von E. Feer. 4. verb. Aufl. Jena 1917. Gust. Fischer. VIII u. 755 S. mit 211 Abb. u. 2 Taf. (13 Mk.; geb. 15 Mk.)

Bereits nach 3 Jahren hat das F.sche Lehrbuch eine neue Auflage erlebt, ein Beweis dafür, daß es sich großer Beliebtheit erfreut. Das kann man nur mit Genugtuung begrüßen. Denn das Buch, welches von F. im Verein mit 8 bewährten Mitarbeitern herausgegeben wird, darf mit Recht als das beste bezeichnet werden, über welches wir derzeit verfügen. Es hält die Mitte zwischen Handbuch und Kompendium und gibt ein getreues Abbild vom derzeitigen Stand der modernen deutschen Kinderheilkunde. Die Ausstattung des Buches ist in jeder Beziehung eine gute. Brückner (Dresden).

31. **Der Körper des Kindes und seine Pflege für Eltern, Erzieher, Ärzte und Künstler;** von C. H. Stratz. 4. Aufl. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 386 S. mit 312 Abb. (16 Mk.; geb. 18 Mk.)

Das prächtige Buch, welches dem Arzt, dem Künstler und dem Kinderfreund gleiche Freude bereitet, ist in der neuesten Auflage nicht unerheblich verändert. Der Abschnitt über die Kinder fremder Rassen ist weggefallen. Dafür ist die Zahl der prächtigen Abbildungen erheblich vermehrt. Am Schluß ist eine Anleitung für Eltern zur Buchführung und Beobachtung der Entwicklung der Kinder angefügt worden. Es gibt kein zweites Buch, in dem der Gang der Entwicklung des gesunden kindlichen Körpers in so ansprechender Form und unter Verwendung eines so schönen und vielseitigen Anschauungsmaterials dem Leser vor Augen geführt wird. Die Ausstattung ist mustergültig. Brückner (Dresden).

32. **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung;** von J. Schwalbe. 2. Heft: E. Meyer, *Psychiatrie.* Leipzig 1917. Georg Thieme. 131 S. (4 Mk. 20 Pf.)

Aus dem reichen Schatz seiner Erfahrungen hat Meyer mit meisterhafter Geschicklichkeit in dem allgemeinen Teil: Simulation, Dissimulation, Verkennen geistiger Störung, Symptome und Symptomenkomplexe (Gesichtsausdruck, Ausdrucksbewegungen, Bewegungsdrang, Tätigkeitsdrang, Negativismus, Befehlsautomatie, Rededrang, Perseveration, Verbigeration, Sprecherschwerung, Bewußtlosigkeit, Bewußtseinstrübung, Dämmerzustände, Anfälle (epileptiforme, hysteriforme), körperliche Untersuchung, Ursachen und therapeutische Irrtümer behandelt, um sich dann in dem speziellen Teil den einzelnen Krankheiten zuzuwenden: *Dementia praecox* (Erkennung, Abgrenzung gegen Imbezillität, gegen progressive Paralyse, gegen psychopathische Konstitution — Neurasthenie — Sonderlinge — asthenischen Typus, gegen chronischen Alkoholismus, gegen manisch-depressives Irresein, gegen symptomatische Psychosen, gegen originär-paranoische Krankheitsformen, gegen Alkoholhalluzinose, gegen Psychogenie [Hysterie], gegen körperliche Erkrankungen. Therapeutische Irrtümer). *Originär-paranoische Veranlagung* (Abgrenzung gegen psychopathische Konstitution [Haftpsychose], gegen andere Wahnbildungen, Erkennung. Therapie). *Manisch-depressives Irresein* (Abgrenzung und Erkennung gegenüber psychotischen Erscheinungen bei Hirntumoren, akuten und chronischen Intoxikationen und Infektionen, Depressionszuständen bei psychopathischer Veranlagung und anderen Formen der psychopathischen Veranlagung — Zwangszuständen und Phobien, arteriosklerotischer Hirnerkrankung und Dementia senilis. Therapeutische Irrtümer). *Neurasthenie* (Erkennung und Abgrenzung gegenüber manisch-depressivem Irresein und psychopathischer Konstitution, gegenüber den originär-para-

noischen Krankheitsformen, gegenüber chronischem Alkoholismus, Nikotinismus, psychotischen Erscheinungen nach Trauma und Infektionskrankheiten, gegenüber körperlichen Erkrankungen. Therapeutische Irrtümer). *Hysterie (Psychogenie)* (Erkennung und Abgrenzung gegen organische Nervenleiden, gegen körperliche Krankheiten [Frage der Simulation], gegen Neurasthenie, differentialdiagnostische Bedeutung der Anfälle, der hysterischen Psychosen. Therapeutische Irrtümer). *Andere Formen der psychopathischen Konstitution* (Erkennung und Abgrenzung [Zwangszustände, pathologische Schwindler, sexuelle Perversitäten, Sonderlinge]. Therapeutische Irrtümer). *Imbezillität* (Erkennung und Abgrenzung. Therapeutische Irrtümer). *Alkoholistische Psychosen* (Alcoholismus chronicus, Delirium tremens, Alkoholhalluzinosen, Korsakowscher Symptomenkomplex, atypischer Rausch, Dipsomanie). *Morphinismus und Kokainismus. Symptomatische Psychosen bei körperlichen und Infektionskrankheiten. Traumatische Psychosen. Hirnkrankheiten. Senile und arteriosklerotische Prozesse.*

Hierbei hat Sch. auf Literaturangaben verzichtet und nur vereinzelt Krankengeschichten kurz angeführt, um sich desto ausführlicher der Differentialdiagnose zu widmen. Beim Lesen der einzelnen Kapitel wird jedem klar, daß die Geistesstörungen nicht nach dem Schema der einzelnen Hand- und Lehrbücher verlaufen, sondern sehr oft zu diagnostischen und therapeutischen Irrtümern Anlaß geben. Das Werk wird hier eine oft empfundene Lücke vorteilhaft ausfüllen!

Vielleicht fügt Sch. bei der hoffentlich bald notwendig werdenden Neuauflage dem Werk noch einen besonderen Abschnitt über epileptische Geistesstörungen bei. Schmidt (Andernach).

33. **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** 2. Band: *Hautkrankheiten;* von A. Wolff und P. Mulzer. 2. Aufl. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. XX u. 802 S. mit 325 Textabb. (Brosch. 36 Mk.)

Der erste Band des Wolffschen Lehrbuches, der Geschlechtskrankheiten behandelt. erschien schon vor 3 Jahren in zweiter, modernisierter Auflage. Nun ist ihm der zweite Teil über die Hautkrankheiten gefolgt. Es ist W. nicht mehr vergönnt gewesen, diesen Band selbst fertigzustellen, tödliche Krankheit hat ihn vor Vollendung dieses Werkes abberufen. Mulzer übernahm die Fertigstellung auch dieses Bandes, und er ist mit pietätvoller Sorgfalt bemüht gewesen, W.s Intentionen dabei zu folgen und sich an die Richtlinien zu halten, die ihm aus dem Munde seines sterbenden Meisters gegeben wurden. Selbstlos hat er sich nur als Interpreten seines Lehrers betrachtet, und das bürgt dafür, daß der Inhalt des Bandes Wolffsche Lehre, Wolffsche Erfahrungen, Wolffsche Kritik unverfälscht vermittelt, während gleichzeitig doch dadurch, daß M. die Feder führte, die Gleichmäßigkeit mit dem ersten Bande aufs äußerste gewahrt wird. So ist ein einheitliches Werk vollendet, das viele Freunde finden dürfte; wie denn die Besitzer von Teil 1 wohl schon lange nach dem 2. Teile Ausschau gehalten haben.

Daß die Verlagsfirma gezwungen war, den Preis so kriegsmäßig hoch anzusetzen, wird allerdings manchen Reflektanten schwer enttäuschen, und daß der Geldbeutel eines Studenten, für den doch auch das „Lehrbuch" berechnet ist, freudige Anwandlungen ob so wesentlicher Erleichterung verspüren sollte, ist billig zu bezweifeln, zumal andere moderne Lehrbücher zu wesentlich niedrigerem Preise zu erwerben sind. Wünschen wir dem Buche trotzdem alles Gute, es verdient es. Brauns (Dessau).

34. **Soldaten, hütet euch!** *Ein Mahnwort an die Soldaten unserer Armee und Marine;* von H. Paull. Stuttgart 1916. Strecker & Schröder. 64 S. mit 2 Tab., 7 Fig. u. 12 Taf. (50 Pf.)

Vortrag über die Gefahren des Alkohols und der Geschlechtskrankheiten mit 12 Tafeln und 7 Figuren. Das Büchlein vermittelt laienverständlich sittlich-ernste Aufklärung über die gefährliche Seuche, deren energischste Bekämpfung in Angriff genommen worden ist. Es wendet sich vor allem an die Soldaten, gehört aber auch in die Hände derer, die zur Leitung des Volkes und dessen Belehrung berufen sind, in die Büchereien, wo es jedermann zugänglich wird. Brauns (Dessau).

35. **Leitfaden des Röntgenverfahrens;** von F. Dessauer und B. Wiesner. 5. Aufl. Leipzig und München 1916. O. Nemnich. 450 S. mit 168 Abb. u. 5 Taf. (Geb. 16 Mk. 80 Pf.)

Das Werk ist in erster Linie für den Arzt bestimmt, der sich nicht nur mit der reinen Aufnahme-Technik beschäftigen will, sondern auch alle physikalischen Erscheinungen und Probleme, den genauen Aufbau der Apparate usw. verstehen will.

Zunächst bringt Dessauer, einer der ersten Forscher auf dem Gebiet der Röntgenphysik, einen sehr ausführlichen, *physikalisch-technischen* Teil, der bis auf das laufende Jahr alle Errungenschaften berücksichtigt; der medizinische Teil ist von verschiedenen Autoren verfaßt, die jeweils ihre Spezialgebiete bearbeitet haben.

Natürlich liegt es nicht im Rahmen des Buches, die Einzeldisziplinen der Röntgenmedizin auch nur einigermaßen erschöpfend zu behandeln; immerhin ist, auf wenig Raum zusammengedrängt, eine Fülle von wissenschaftlichen Einzelheiten gebracht und die Forschung bis auf die Neuzeit berücksichtigt. Auch die Röntgentherapie, von Holzknecht beschrieben, ist eingehend physikalisch und medizinisch dargelegt. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

36. **Leitfaden des Röntgenverfahrens für das röntgenologische Hilfspersonal;** von R. Fürstenau, M. Immelmann u. I. Schütze. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 438 S. mit 282 Abb. (14 Mk., geb. 16 Mk.)

Der nach noch nicht 3 Jahren in 2. Auflage erscheinende Leitfaden gehört zu den bested unter den zahlreichen Röntgenlehrbüchern. Wenn er auch in erster Linie für das Hilfspersonal geschrieben ist, so wird gerade der Arzt, der sich mit Röntgenologie beschäftigen will, ohne Röntgenspezialist zu sein, großen Nutzen von dem Buche haben können. In dem ersten, *physikalischen Teil* erläutert Fürstenau in sehr klarer Weise die für den nicht mathematisch-physikalisch Vorgebildeten nicht so leicht verständlichen elektrischen Erscheinungen und Begriffe sowie die verschiedenen Apparate zur Erzeugung des Stromes usw. Der *praktische Teil,* von Immelmann und Schütze bearbeitet, bringt zunächst für den Röntgenologen wichtige anatomische Bemerkungen mit guten Bildern; sodann wird eingehend die Aufnahmetechnik, Entwicklung usw. unter Beifügung ausgezeichneter Bilder beschrieben, dabei alle Einzelheiten, Fehlerquellen usw. genau besprochen; dabei sind alle Errungenschaften bis zur Jetztzeit gebührend berücksichtigt; so werden u. a. der Lokalisation von Fremdkörpern, der Stereoröntgenographie, den Kollargolaufnahmen des uropoetischen Systems, der Röntgentiefen-Therapie usw. eigene Kapitel gewidmet. In summa ein Buch, daß jeder, der sich mit Röntgenologie beschäftigt, nicht nur mit Nutzen, sondern auch mit Genuß studiert.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

37. Unfalls- und Begehrungsneurosen; von O. Naegeli. [Neue deutsche Chirurgie Bd. 22.] Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 201 S. mit 2 Textabb. (Geh. 8 Mk.)

Die vorliegende Bearbeitung der Unfalls- und Begehrungsneurosen ist besonders wertvoll auch für die Beurteilung der Kriegsneurosen. Unter allen Umständen muß vermieden werden, daß die unheilvollen pessimistischen Anschauungen, die so lange über das Schicksal der Unfallsneurotiker geherrscht haben, auch auf die Kriegsneurosen übertragen werden. „Die Prophylaxe kann nur dann irgendwelchen Erfolg haben, wenn die früheren vollkommen verkehrten und sozialschädlichen Auffassungen über Unfalls- und Begehrungsneurosen in den Kreisen der Ärzte vollständig verbannt sind und die frühere Oppenheimsche Lehre in vollem Umfange als Irrlehre von A bis Z durchschaut ist.“ Wir schauen diese früher so gefürchteten Leiden in ganz anderem Lichte, seitdem durch eine Reihe sorgfältiger Nachforschungen über das Endschicksal der früher Begutachteten beim System der einmaligen Kapitalabfindungen sich die volle Arbeitsfähigkeit und Heilung so gut wie aller früher Kranken herausgestellt hat. Wie N. seine Anschauungen des weiteren begründet, muß in dem Buche genauer nachgelesen werden. Ref. kann sagen, daß er selten ein Buch mit so großem Interesse und mit solcher Befriedigung von Anfang bis zu Ende durchstudiert hat.

Wagner (Leipzig).

38. Die biologischen Grundlagen der Rassenhygiene und der Bevölkerungspolitik; von H. W. Siemens. München 1917. J. F. Lehmann. 80 S. mit 8 Abb. (Brosch. 1 Mk. 80 Pf.)

S. selbst nennt sein kleines Schriftchen eine kurze Einführung in die biologischen Grundlagen der Rassenhygiene. Über alles das Thema betreffende enthält aber diese kurze Einführung Aufschlüsse.

Cordes (Berlin).

39. Der eheliche Präventivverkehr, seine Verbreitung, Verursachung und Methodik; von M. Marcuse. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. IV u. 197 S. (6 Mk.)

M. hat über 300 Ehen Aufzeichnungen gemacht, indem er zum großen Teil die im Lazarett befindlichen kriegswehrpflichtigen Ehemänner nach bestimmten Gesichtspunkten hat aussagen lassen. Die Kasuistik ist ausführlich wiedergegeben. Zu bemerken ist, daß es sich durchgängig um Haut- und Geschlechtskranke handelte. 97 Ehen waren präventionslos; bei ihnen kamen auf ein Ehejahr im Durchschnitt 0,44 Konzeptionen und 0,29 lebende Kinder, oder anders ausgedrückt, auf jeweils 3,45 Jahre Ehedauer ein lebendes Kind. Bei den 203 Ehen mit Prävention lauten die entsprechenden Zahlen 0,35, 0,23 und 4,35. Zahl der Konzeptionen zu Zahl der lebenden Kinder beide Male wie 100 : 65. Das ist höchst auffallend und hängt eben wohl mit der Eigenart des Materials zusammen: geschlechtskranke Männer. Wie andere Autoren auch, konnte M. feststellen, daß die katholische und die jüdische Religion antipräventiv wirken, das Gegenteil besteht für die sozialdemokratischen „Parteigenossen“ („Gebärstreik“). Aber auch in den erstgenannten Kreisen nimmt der Wille zum Kinde ab, dies ist eine Kulturerscheinung. Die Ursachen der Prävention sind letzten Endes psychischer Natur. Nicht eigentliche Not, aber der Wunsch, daß es die Kinder besser haben sollen, wie die Eltern, ist eine der Hauptursachen der Kinderbeschränkung. Mit den gesundheitlichen Kontraindikationen gegen das mehrfache Kinderbekommen wird leider seitens der Hebammen und auch teilweise der Ärzte Mißbrauch getrieben. Etwas Schuld hat auch die Frauenbewegung (Entweiblichung), und die Mißstände der Wohnverhältnisse. Jedenfalls besteht auch nach den Erhebungen M.s eine ungeheure Verbreitung des Präventivverkehrs in den unteren Schichten des Volkes, selbst auf dem Lande. — Was die Methoden anlangt, so steht obenan der Coitus interruptus, oft verbunden mit Ausspülungen post coitum. Aber auch alle anderen technischen Errungenschaften wurden von den Ehemännern bez. Ehefrauen des M.schen Materiales angewendet. — Die Wiedererweckung des Fortpflanzungswillens, worauf alles ankommt, hält M. nicht für etwas unmögliches. Ebenso wie gegenwärtig die Kollektivseele im präventiven Sinn beeinflußt sei, so könne auch das Gegenteil eintreten, „wenn die Tatsachen des Lebens mit der überwältigenden Kraft erfüllt werden, von der *Wahrheit* des ‚Kindersegens‘ zu überzeugen“. Nur Kulturpolitik, Menschenökonomie und Sozialreform im Tiefsten und Größten können wieder volle Wiegen schaffen. Man dürfe aber nicht nur auf die Hebung der Bevölkerungs*masse* sein Augenmerk richten.

Klien (Leipzig).

40. Der Sekundenherztod, mit besonderer Berücksichtigung des Herzkammerflimmerns; von H. E. Hering. Berlin 1917. Julius Springer. 91 S. mit 3 Textfig. (4 Mk. 40 Pf.)

Vorliegendes Buch bringt eine höchst interessante und lehrreiche Zusammenstellung unseres jetzigen Wissens vom Herzkammerflimmern, den Bedingungen seines Auftretens, seinem Wesen und der Art seines Ablaufes. Die bisherigen, vorwiegend auf den Tierversuch sich gründenden Erfahrungen wendet H. in scharfsinniger Weise auf die Klinik der Herzkrankheiten (bzw. des Herztodes) an und führt den Nachweis, daß eine große Zahl der Fälle von plötzlichem Herztod („Sekundenherztod“) nicht, wie man bisher annahm, auf einer Lähmung des Herzens, sondern umgekehrt auf einer Übererregbarkeit der Kammermuskulatur mit Auftreten von Herzkammerflimmern zurückzuführen ist. Die jetzt zur Verfügung stehende elektrographische Untersuchung des plötzlich „versagenden“ Herzens hat diese Auffassung in der Tat in einer Reihe von Fällen als zweifellos zutreffend festzustellen gestattet.

Die vielseitigen eigenen Erfahrungen auf dem Gebiet der Physiologie und Pathologie des Herzens, die H. in seinem Buche niedergelegt und kritisch verarbeitet hat, machen dasselbe zu einer wertvollen Erscheinung auf dem genannten Gebiet. Sein Studium wird allen denen zweifellos reiche Belehrung und Förderung bringen, die, sei es als Kliniker die Arbeitsweise des Herzens zu beurteilen, sei es als pathologische Anatomen oder Gerichtsärzte sich über die Todesursache bei plötzlichen Todesfällen gutachtlich werden zu äußern haben. Dittler (Leipzig, z. Z. im Felde).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

SCHMIDTS
JAHRBÜCHER
DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN
GESAMTEN MEDIZIN

85. JAHRGANG BAND 327 HEFT 5
MAI 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 327 | Mai 1918

A. Auszüge.

I. Militärmedizin.

605. **Funktionelle Erkrankungen infolge von Kriegsbeschädigung bei Offizieren;** von M. v. Kemnitz. (Neur. Zentralbl. 1917. Nr. 6. S. 230.)

Funktionelle Erkrankungen seien bei Offizieren weit häufiger, als dies auf den ersten Blick scheine. Die Symptome seien jedoch unauffälliger. v. K. behandelt seit anderthalb Jahren hauptsächlich nervenkranke Offiziere in einem Genesungsheim. Jolly (Halle).

606. **Zur Kriegsneurose bei Offizieren;** von H. Curschmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 291.)

Offiziere reagieren auf die gleichen psychischen und körperlichen Insulte weit seltener und mit wesentlich leichteren, viel weniger groben und auch prognostisch viel günstigeren Störungen als das Gros der Mannschaft, eine Erfahrung, die Ref. bestätigen kann. Jolly (Halle).

607. **Die Kriegsneurosen und ihre Behandlung;** von Schütz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 20. S. 622.)

Die Ausführungen Sch.s entsprechen den allgemeinen Erfahrungen. Sch. schließt damit, daß der falsche Glaube fallen gelassen werden müsse, daß der Neurotiker in erster Linie zu seiner Heilung Ruhe brauche; auch müsse die in Ärztekreisen vielfach verbreitete Ansicht schwinden, daß die Behandlung eines Neurotikers eine undankbare Sache sei. Jolly (Halle).

608. **Die Frage der Dienstbeschädigung bei den Neurosen;** von R. Gaupp. (Württ. med. Korr.-Bl. 1917. Nr. 17. S. 183.)

Ein Hysteriker sollte nur ausnahmsweise eine höhere Rente mit 20—25% zugebilligt erhalten, damit er wieder durch Arbeit und die Heilsuggestion des Arztes zur Genesung gebracht werde. G. betont mit Recht besonders, wie häufig die hysterischen Erscheinungen bei der ärztlichen Untersuchung viel ausgesprochener sind als sonst. Jolly (Halle).

609. **Das ideogene Moment in der Entstehung des Zitterns bei Kriegsteilnehmern;** von W. Fürnrohr. (D. med. Woch. 1917. Nr. 1. S. 9.)

Betonung der Wichtigkeit des psychischen Momente für die Entstehung des Tremors und vor allem für die Fixierung desselben und ähnlicher Krankheitsformen. Alles andere komme erst in zweiter Linie. Die geringste Rolle scheine die mechanische Erschütterung zu spielen. Jolly (Halle).

610. **Die Dienstunbrauchbarkeit der Epileptiker und Psychopathen;** von R. Gaupp. (Württ. med. Korr.-Bl. 1917. Nr. 1. S. 2.)

Erforderlich ist die weitgehendste Berücksichtigung der im einzelnen Individuum vorhandenen Eigenschaften und Mängel; wir brauchen als Ärzte unseres Heeres psychiatrische Denkweise und pädagogisches Geschick, denen eine sinnvolle, den veränderten Aufgaben angepaßte Organisation die volle Betätigung ermöglicht. Jolly (Halle).

611. **Im Nervenlazarett;** von E. Sigg. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 5. S. 129.)

Anregender Bericht eines Schweizer Arztes über das, was er in einem deutschen Nervenlazarett mit vielseitigem Material gesehen. S. betont u. a. mit Recht, daß man therapeutisch nur dann wirksam vorgehen kann, wenn man die frischen Fälle möglichst rasch nach der Erkrankung in Behandlung nimmt und erwähnt auch einige Fälle, in denen er Hypnose mit verschiedenem Erfolg anwandte. Jolly (Halle).

612. **Heilung der Erscheinungen der Kriegshysterie in Wachsuggestion;** von L. Schüller. (D. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 652.)

Sch. wandte Wachsuggestion in Verbindung mit einem leicht faradischen Strom an und befreite von 120 so behandelten Patienten 118 von ihren groben nervösen Erscheinungen. Am wichtigsten ist die vorbereitende Wortsuggestion, unter 4 Augen, bei der dem Kranken genau auseinandergesetzt wird, was im einzelnen ihm getan wird und ihm klar gemacht wird, daß er aus ärztlichen Gründen mit der angewendeten Methode unweigerlich gesund werden müsse. Von Rente, Dienstbeschädigung, späterer Dienstbrauchbarkeit wird überhaupt nicht gesprochen. Jolly (Halle).

613. **Heilung der Erscheinungen der Kriegshysterie in Wachsuggestion;** von L. Mann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 908.)

M. bestätigt die Wirksamkeit, die Oehmen (D. med. Woch. 1917. Nr. 15) der Anwendung des faradischen Stromes bei hysterischen Zuständen zuschreibt. Doch sei *das Wesentliche bei dem Verfahren die suggestive Anwendung ohne erhebliche Schmerzerzeugung*

im Sinne einer Suggestion der auf hysterischem Wege verlorengegangenen Funktion. Man muß jedoch noch andere suggestive Methoden in Bereitschaft haben — besonders geeignet sei die Rothmannsche Narkosemethode, über die M. demnächst zu sprechen gedenkt.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

614. **Über Blasenneurose, Pollakisurie und Incontinentia vesicae bei Kriegsteilnehmern und ihre Behandlung;** von Werler. (Med. Klin. 1917. Nr. 23. S. 637.)

W. betont die Häufigkeit obiger Erscheinungen und bespricht sie unter eingehender Rücksichtnahme auf die Therapie, die sich im wesentlichen mit der bei nervösen Beschwerden angewandten deckt.
Cordes (Berlin).

615. **Die Beurteilung des Herzens und seiner Störungen zu Kriegszwecken (Heeresdienst und vaterländischer Hilfsdienst);** von G. Treupel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 678; Nr. 23. S. 712.)

Der *sehr lesenswerte* Aufsatz, aus dem sich ein Extrakt nicht herstellen läßt, schließt mit dem Hinweis, daß dem Herzmuskel, der über Leben und Tod des Einzelnen entscheidet, auch im jetzigen Ringen der Völker als Ausdruck der Wehrkraft des Einzelnen und damit des ganzen Volkes die größte Bedeutung zukomme. *„Nicht nur wo die stärksten Nerven, sondern auch wo die ausdauerndsten Herzen sind, da ist schließlich der Sieg."* Kadner (Dresden-Loschwitz).

616. **Über Malaria und deren Komplikationen bei Kriegsteilnehmern;** von W. Neiser. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 17. S. 401.)

Bericht über gemachte Beobachtungen an malariakranken Soldaten. Die Arbeit schließt mit dem Hinweis, daß H. eine Wiedereinschleppung der Erkrankung in Deutschland nicht für ausgeschlossen hält. Er betont die Notwendigkeit der rechtzeitigen Erkennung und die nach Rückkehr der Krieger in die Heimat frühzeitig einsetzende ausgedehnte Prophylaxe.
Cordes (Berlin).

617. **Die Trinkwasserversorgung im Felde;** von G. Wesenberg. (D. med. Woch. 1917. S. 593.)

Kritische Übersicht über die Methoden, einwandfreies Trinkwasser im Felde herzustellen, und zwar besonders mittels des elektrischen Stromes (ultraviolette Strahlen, Ozon) und chemischer Methoden.
Koenigsfeld (Freiburg).

618. **Zur Bewertung des Gipsverbandes im Felde;** von Vulpius. (D. med. Woch. 1917. Nr. 4. S. 101.)

V. will den fixierenden Gipsverband bei den vorderen Sanitätsformationen möglichst nicht angewandt wissen, da sowohl bezüglich der Verbandanlegung, als auch bei der Weiterbehandlung Schwierigkeiten bestehen. Auf Grund vieler Erfahrung stellt V. — sonst einer der eifrigsten Förderer der Gipstechnik — diese Forderung auf, da es sich gezeigt hat, daß in den meisten Fällen die Gipsverbände nicht korrekt angelegt werden bzw. nicht angelegt werden können, andererseits fortschreitende Infektionen unter dem Gipsverband nicht rechtzeitig erkannt werden. Gut angelegte Schienenverbände genügen zur Fixierung, ohne daß sie die Nachteile des schlecht angelegten Gipsverbandes aufweisen. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

619. **Bemerkungen zur Verbands- und Operationstechnik bei den Sanitätsformationen der vorderen Linie;** von K. Goebel. (D. med. Woch. 1917. Nr. 4. S. 103.)

G. gibt beherzigenswerte Regeln für eine möglichst zweckmäßige, sparsame Wundbehandlung. Manche Winke sind auch für den Chirurgen in der Heimat recht nützlich: so warnt G. vor dem zu frühen und zu häufigen Wechsel von Drains, Sauggaze, Stopftampons usw. Sparsamkeit im Verband: möglichst Mastisolverbände, und keine dicken, zirkulären Gazeverbände. Im Gegensatz zu anderen Autoren tritt G. für antiseptische Wundbehandlung ein. Jodoform hat sich ihm dabei am besten bewährt. Schließlich werden Winke für die zweckmäßigste Einrichtung des Operationszimmers in den Feld- und Kriegslazaretten gegeben. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

620. **Über Projektilwanderung;** von F. Eisler. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 25. August 1917. S. 28.)

Beschreibung von 2 Fällen von Projektilwanderung im Muskel bis zu einer Distanz von 18 cm. Das im Verhältnis 1 : 100 beobachtete Auftreten von wandernden Projektilen ist abhängig vom Sitz und von der Form des Projektils; dazu kommt noch eine eventuelle Abszeßbildung in der Umgebung, die nach Art der Senkungsabszesse zwischen den Muskelbündeln weiterkriechen oder in die benachbarte Muskelscheide durchbrechen kann. Kautz (Hamburg).

II. Anatomie und Entwicklungsgeschichte.

621. **Untersuchungen über die Haarrichtung der Säugetiere;** von Th. Niedoba. Anat. Anzeiger Bd. 50. S. 178. 1917.)

N.s Untersuchungen über die *Haarrichtung bei den Säugetieren* erstreckten sich in erster Linie auf die Haussäugetiere. Auch bei diesen läßt sich eine Anordnung der Haarrichtungen in divergierende und konvergierende Ströme feststellen. Im allgemeinen kommen jeder Spezies charakteristische Haarrichtungen zu mit Rücksicht auf die Ausdehnung und die Art des Zusammentreffens der einzelnen divergierenden Zentren.

Individuen der gleichen Spezies lassen auch abgesehen von den konstant vorkommenden Haarwirbeln noch sehr mannigfache Variationen erkennen, dagegen spielen Alter, Rasse und Geschlecht des Tieres keine besondere Rolle in der Anordnung der Haarrichtung. Nahe Blutverwandtschaft bedingt zwar oft gleiche Haarrichtungen, trotzdem treten aber innerhalb der Tiere eines Wurfes Verschiedenheiten auf.

Ein gesetzmäßiger Zusammenhang der Haarrichtungen vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkte aus läßt sich aus der Ähnlichkeit der Haarrichtung beim Menschen und den Affen und dem Vergleich der Haussäugetiere erschließen, die ein erweitertes dorsales Rückenfeld besitzen. Sobotta (Königsberg).

622. **Untersuchungen über die Epiphysis cerebri von Pferd und Rind;** von F. Gerlach. (Anat. Anzeiger Bd. 50. Nr. 3 u. 4. S. 49 1917.)

G. veröffentlicht *Untersuchungen über die Zirbel des Rindes und Pferdes.* Zur Untersuchung gelangte ein sehr großes Material, nämlich 300 Epiphysen von Pferden, 386 von Rindern und 14 von Büffeln. G.

fand nun, daß Körpergröße, Alter und Geschlecht innerhalb der gleichen Tierspezies keinen Einfluß auf die Größenverhältnisse der Zirbel erkennen lassen; ebensowenig besteht aber ein Zusammenhang zwischen den Dimensionen der Epiphyse und der individuellen Größe des Gehirns.

Sowohl beim Pferd wie beim Rind ist die Epiphyse von einer bindegewebigen Hülle umgeben, von der aus in Gestalt von Trabekeln Ausläufer in das Innere des Organs gehen; außerdem aber besitzt die Zirbel noch ein mehr oder weniger reichlich entwickeltes interstitielles Bindegewebe, das sie durchzieht.

Das *Zirbelparenchym* selbst besteht aus *Neurogliagewebe,* in das eingelagert man eigentümliche Parenchymzellen findet; nur an der Basis des Organs und mitunter als Auskleidung der in der Zirbel vorkommenden Hohlräume finden sich Ependymzellen. Glatte Muskulatur ist in der Epiphyse des Rindes nachweisbar, aber durchaus nicht regelmäßig.

Dagegen führt die Zirbel von Rind und Pferd *Pigment,* dessen Menge allerdings variabel ist; beim Pferd kommt Pigment nahezu regelmäßig vor, und zwar scheint sich die Masse des Pigmentes mit steigendem Alter des Tieres zu vermehren.

Was die Konkrementbildung in der Zirbel anlangt, so enthält die des Rindes konstant erhebliche Mengen von Hirnsand.

Die Blutgefäße der Epiphyse verlaufen im interstitiellen Gewebe und in der Kapsel; sie führen außer normalem Blute eigentümliche hyaline Massen, die man zuweilen auch in den Binnenräumen der Zirbel und zwischen den Parenchymzellen findet; sie erinnern in mancher Hinsicht an das Kolloid der Schilddrüse.

Weder beim Pferd noch beim Rind kommt es durch Kastration zur Atrophie der Epiphyse.

S o b o t t a (Königsberg).

623. **Einige Bemerkungen zu Begriff und Definition des Hermaphroditismus;** von. J. K r i z e n e c k y. (Anat. Anzeiger Bd. 50. Nr. 1 u. 2. S. 16. 1917.)

Kr. befaßt sich mit der *Definition des Begriffes Hermaphroditismus.* Man darf als H. verus nur den Fall bezeichnen, in dem in ein und demselben Individuum eine Produktion von beidergeschlechtlichen Gameten (Eiern und Samenfäden) stattfindet. Nur diese Produktion in allen ihren Entwicklungsstadien kann bei der Auffassung des Hermaphroditismus in Betracht kommen, während es für die prinzipielle Entscheidung ganz gleichgültig ist, ob diese Produktion in einer gemeinsamen oder in zwei voneinander getrennten und sexuell anatomisch-morphologisch differenten Keimdrüsen stattfindet.

Nur unter dieser Auffassung des Hermaphroditismus läßt sich eine gemeinsame Betrachtung aller bisher bekannter Fälle von Hermaphroditismus beim Menschen wie bei Tieren durchführen.

S o b o t t a (Königsberg).

624. **Ein Corpus cavernosum uteri;** von H. S t r a h l. (Anat. Anzeiger Bd. 50. Nr. 3 u. 4. S. 65. 1917.)

St. beschreibt ein eigentümliches *Verhalten der Venen in der Wand des Uterus der Gürteltiere,* der dem des Menschen und der Affen insofern ähnelt, als es sich wie bei diesen um einen Uterus simplex handelt, während fast alle anderen Säugetiere bekanntlich zweihörnige Gebärmütter besitzen. Es handelte sich um *starke Venengeflechte* innerhalb der Muskulatur des Organs, die um so reichlicher wurden, je näher sie der Schleimhaut lagen. Hier werden die anastomosierenden Venen schließlich nur noch von dünnen Muskelbalken getrennt. In diese Venennetze gingen die intervillösen Räume der Plazenten gravider Tiere direkt über, andererseits verhielten sich die spiralig verlaufenden zuführenden Arterien ganz ähnlich wie die Arteriae helicinae der Corpora cavernosa penis, so daß St. nicht ansteht, in den intermuskulären Venengeflechten der Uteruswand der Gürteltiere schwellkörperartige Bildungen zu erblicken.

S o b o t t a (Königsberg).

625. **Beiträge zur Konstitutionsanatomie.** *IV. Über die Anpassung der von H a m m a r angegebenen Methode der mikroskopischen Analyse des Thymus an den Thymus des Kaninchens;* von B. S a n d e g r e n. (Anat. Anzeiger Bd. 50. Nr. 1 u. 2. S. 30. 1917.)

Nach S. läßt sich die Methode von H a m m a r, die *Menge von Rinde und Mark* sowie die *Anzahl und Größe der Hassallschen Körperchen des Thymus zahlenmäßig zu bestimmen,* in folgender Form auf das Kaninchen anwenden: die vier nach den Hammarschen Anweisungen herzustellenden Querschnitte müssen μ dick geschnitten werden; die Zeichnung der Hassallschen Körperchen muß bei 200facher Vergrößerung vorgenommen werden; die Körperchen müssen in folgende Größengruppen eingeteilt werden: Größe I = 6—15 μ, Größe II = 16—25 μ, Größe III = 26—35 μ, Größe IV = 36—45 μ, Größe V = 46—60 μ. Ferner müssen die Korrektionszahlen für die Größenkorrektionen abgeändert werden.

S o b o t t a (Königsberg).

626. **Ontogenetische Gestaltsveränderungen des Meckelschen Knorpels der Sauropsiden;** von N. G. L e b e d i n s k y. (Anat. Anz. Bd. 50. S. 313. 1917.)

L. beschäftigt sich mit der Frage der *Gestaltsabänderungen,* die sich am *embryonalen Meckelschen Knorpel* der *Vögel* und *Reptilien* feststellen lassen. Es handelt sich um „schlängelnde" Auskrümmungen dieses Kiemenbogenknorpels. Erreicht der Zustand den höchsten Grad seiner Entwicklung, so handelt es sich um vier verschieden weit voneinander entfernte, alternierend medial- bzw. lateralwärts gerichtete Biegungen, die meist in der Frontalebene des embryonalen Unterkiefers gelegen sind. Sie kommen — soweit bisher festgestellt — nur bei Sauropsiden vor.

Diese embryonalen Krümmungen gleichen sich mit zunehmendem Alter allmählich aus, bis schließlich die Meckelschen Knorpel die einfache Krümmungsform des Unterkiefers der erwachsenen Sauropsiden aufweisen.

Soweit bislang festgestellt, gleichen sich die Krümmungen des Knorpels bei allen bisher untersuchten Sauropsiden; immerhin gibt es gewisse Unterschiede sowohl zwischen den einzelnen Spezies wie in den verschiedenen Perioden der Entwicklung; diese beziehen sich sowohl auf die Stärke wie auf die Verteilung der einzelnen Biegungen.

Die phylogenetische Bedeutung dieser Erscheinung ist noch unklar. Immerhin lassen einige fossile Formen, die den Urreptilien nahestehen, derartige schlängelnde Auskrümmungen des Unterkiefers erkennen.

S o b o t t a (Königsberg).

627. **Die Homologie der Brust- und Bauchmuskeln der Primaten;** von W. A. M y s b e r g. (Anat. Anzeiger Bd. 50. S. 121. 1917.)

M. kommt bei seinen Untersuchungen über die *Homologie der Brust- und Bauchmuskeln der Primaten* zu folgenden Ergebnissen: Dem Musculus obliquus externus superficialis der Urodelen ist bei den Primaten homolog der Musculus obliquus abdominis externus (nach E i s l e r auch die Mm. supracostales und

serrati posteriores). Dem Musculus obliquus externus profundus der Urodelen entspricht bei den Primaten die Membrana abdominis intermedia und die Mm. intercostales externi; dem Musculus obliquus internus der Urodelen der Musculus obliquus abdominis internus der Primaten und die Mm. intercostales interni und dem Musculus transversus der Urodelen der Musculus transversus abdominis der Primaten, deren M. transversus thoracis und die Mm. subcostales.

Sobotta (Königsberg).

628. **Ein neues Instrument zur Erweiterung des Brustkorbes an der Leiche;** von J. Mossakowski. (Anat. Anzeiger Bd. 50. Nr. 1 u. 2. S. 40. 1917.)

M. beschreibt ein *Instrument zur Erweiterung des Thorax* nach Durchschneidung des Brustbeins behufs Injektion der Leiche von der Aorta oder dem Herzen aus. Es hat vor anderen bisher in Gebrauch befindlichen Dilatatoren des Brustkorbs den Vorzug, daß es das Operationsfeld nicht verdeckt. Es ist dem Heisterschen Mundöffner nachgebildet und besteht aus zwei langen Metallarmen, die durch eine Mittelschraube an einer queren Stange beweglich befestigt sind. Eine in der Mitte der Querstange befindliche Schraube drückt auf eine zweite aus zwei durch Scharnier verbundenen Hälften bestehende quere Stange, welche dadurch im Winkel geknickt wird und die an ihren freien Enden mit löffelartigen Ansätzen versehenen langen Stangen des Instrumentes spreizt. Die Löffel werden in die Ränder des durchsägten Brustbeins eingesetzt und sind in ihrer Form diesen angepaßt. Beim Erweitern des Thorax wird die Querstange des Instrumentes kopfwärts gelegt. Die durch das Instrument erzielbare Entfernung der Brustbeinsägeflächen voneinander beträgt je nach Alter, Geschlecht usw. 15—20 cm; doch ist in praxi eine derartig starke Spreizung gar nicht nötig.

Sobotta (Königsberg).

III. Mikrobiologie und Serologie.

629. **Über Gasbrand und seine Ursachen;** von H. Conradi und R. Bieling. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 449.)

Der Gasbrand stellt eine unteilbare ätiologische und klinische Einheit dar. Der Erreger des Gasbrandes, Bac. sarcemphysematodes, ist ein Anaërobier, der abhängig vom Nährboden in verschiedenen Formenkreisen sich entwickelt und im Laufe dieses Entwicklungsganges eine beträchtliche Umgestaltung erfährt. Die als verschiedene selbständige Arten beschriebenen Gasbranderreger stellen nur wandelbare Entwicklungsstufen ein und desselben Bazillus dar.

Koenigsfeld (Freiburg).

630. **Über bakteriologische Befunde bei den Gasphlegmonen Kriegsverletzter;** von R. Pfeiffer und G. Bessau. (D. med. Woch. 1917. S. 1255.)

Pf. u. B. stellen für Gasphlegmonebazillen 2 Gruppen mit je 2 Typen auf. Diese 4 Arten sollen ihre wesentlichen Charaktere ganz konstant behalten und nie eine Umzüchtung der einen in eine andere gelingen. Mit den Bazillen hergestellte Sera agglutinieren in erster Linie den homologen Stamm, in überraschend geringem Grade oder gar nicht heterologe Stämme derselben Gruppe. Eine Beeinflussung von Stämmen der anderen Gruppen findet nicht (sehr selten spurweise) statt. Koenigsfeld (Freiburg).

631. **Zur Differentialdiagnose der Gasbranderreger.** *2. Mitteilung;* von H. Zacherl. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 904.)

Züchtung von 8 Gasbrandstämmen auf verschiedenen Nährböden. Sie zeigten eine vollständige Übereinstimmung mit den Mikroorganismen von Ghon und Sachs. Koenigsfeld (Freiburg).

632. **Zur Züchtung des Bacillus phlegmonis emphysematosae Eugen Fraenkel;** von J. Zeißler. (D. med. Woch. 1917. S. 878.)

Es wird die Züchtung auf einer Menschenblut-Traubenzucker-Agarplatte empfohlen, die nicht nur einen ausgezeichneten Nährboden für den Fraenkelschen Bazillus, sondern auch ein diagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung dieses von anderen Keimen darstellen soll. Koenigsfeld (Freiburg).

633. **Paratyphus-B-ähnliche Krankheitserreger (Typhus Suipestifer Voldagsen) in Albanien;** von E. Weil. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1061.)

In gleicher Weise, wie von Weil und Saxl aus Wolhynien und von Neukirch aus Armenien und Konstantinopel beschrieben wurde, beobachtete W. auch in Albanien Erkrankungen, die sich klinisch von Typhus und Paratyphus abgrenzen ließen, deren Erreger sich im Blute und oft im Urin nachweisen ließ, von den bisher bekannten menschenpathogenen Seuchenerregern verschieden ist und sich als serologisch verwandt mit dem Suipestifer Voldagsen erwies.

W. schlägt vor, diesen spezifischen Krankheitserreger wegen seiner Paratyphus-B-Ähnlichkeit als Paratyphus β zu bezeichnen.

Koenigsfeld (Freiburg).

634. **Über die Einwirkung des menschlichen Magensaftes auf Paratyphusbazillen;** von K. Kuß und Th. Frankl. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 1138.)

Aus der fleißigen Arbeit sei das Ergebnis der Untersuchungen wiedergegeben: *Der anazide Magensaft stellt für die Paratyphusbazillen B einen guten Nährboden dar, während normaler und hyperazider Magensaft die Keime töten.* Letztere Wirkung beruht wahrscheinlich ausschließlich auf dem Säuregehalt. Die bei den Truppen sehr verbreiteten anaziden Gastritiden dürften die häufigen Paratyphusfälle zur Folge haben.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

635. **Ein behelfsmäßiger Trockensterilisator für das bakteriologische Laboratorium;** von E. Hesse. (D. med. Woch. 1917. S. 592.)

Beschreibung eines aus Eisenblech hergestellten Kastens, der mit Gasheizung oder Kohlenfaden-Glühlampen in kurzer Zeit auf die erforderliche Temperatur (150°) zu bringen ist.

Koenigsfeld (Freiburg).

636. **Nährböden aus Blut;** von H. Langer. (D. med. Woch. 1917. S. 720.)

An Stelle des während des Krieges schwer zu beschaffenden Fleisches wird ein wässeriger Auszug aus dem bei der Serumgewinnung zurückbleibenden Blutkuchen empfohlen. Koenigsfeld (Freiburg).

637. **Die diagnostische Verwertung der durch Bakterien hervorgerufenen Indophenolreaktion;** von M. Rhein. (D. med. Woch. 1917. S. 871.)

Die Stärke der durch Bakterien erzeugten Indophenolreaktion hängt mit dem Sauerstoffbedürfnis derselben zusammen. Die Prüfung eines Bakteriums auf Indophenolreaktion geschieht am einfachsten entweder durch Übergießen bzw. Betupfen der Kolonie mit dem Reagens oder durch Ausstreichen der Kolonie auf einem mit dem Reagens durchtränkten Stück Filtrierpapier. Folgende pathogenen Bakterien mit hohem Sauerstoffbedürfnis geben starke Indophenolreaktion: Meningokokken, Gonokokken, Maltafieberkokken, Rotzbazillen, Milzbrandbazillen, Pyozyaneusbazillen, Choleravibrionen. Praktische Erfolge mit der Indophenolreaktion erzielte Rh. bis jetzt beim Aufsuchen von Meningokokken in Rachenabstrichen.

Koenigsfeld (Freiburg).

638. **Galle-Petroläther zum Typhusbazillennachweis;** von F. Ickert. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 458.)

Das Bierastsche Petroläther-Verfahren zum Nachweis von Typhusbazillen im Stuhl wird in der Weise modifiziert, daß das zu untersuchende Stuhlmaterial erst in Galle aufgeschlossen und verteilt wird, bevor Petroläther zugefügt wird. Man braucht dann nur 30 Sekunden zu schütteln und das Gemisch 15—30 Minuten stehen zu lassen. Das Verfahren verkürzt die Zeit der Diagnose und ist in bezug auf positive Resultate der Originalmethode mindestens gleichwertig.

Koenigsfeld (Freiburg).

639. **Über Bazillenträgeruntersuchungen.** 4. Mitteilung. *Zum Vergleich der Petroläther- und der von Wiesnerschen Gallenanreicherungsmethode;* von P. Th. Müller. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 6. S. 196.)

Auf Grund der Versuchsergebnisse empfiehlt M., vorläufig bei Bazillenträgeruntersuchungen, solange nicht einwandfreier Petroläther zu beschaffen ist, die Bierast-Hallsche Methode unter optimalen Bedingungen mit der v. Wiesnerschen zu vergleichen und sich des Gallenanreicherungsverfahrens zu bedienen.

Cordes (Berlin).

640. **Proteusinfektionen;** von Much und Soucek. (D. med. Woch. 1917. S. 1191.)

In 2 Fällen von heftigen Allgemeinerkrankungen mit besonderer Schädigung des Zentral- und Gefäßnervensystems wurden Proteusbazillen aus Stuhl und Urin, bzw. aus Blut gezüchtet. Die Weil-Felixsche Reaktion mit dem Serum der Kranken war unspezifisch positiv: gallertige und lockere Ausflockung. Verschiedene serologische Untersuchungen lassen den Proteus als Erreger der Erkrankung ansehen. Es handelt sich wohl um Bakterien, die mit den Fleckfieberstämmen in Beziehung stehen.

Koenigsfeld (Freiburg).

641. **Revakzination und Antikörpernachweis im Blute;** von J. Hammerschmidt und v. Konschegg. (Münchn. med Woch. 1917. Nr. 27. S. 871.)

Impft man Menschen nach überstandener Variola mit abgeschwächtem Variolavirus, so bekommen nur einige typische Vakzinationspusteln und nur in diesen Fällen bilden sich nach der Revakzination komplementbindende Antikörper im Blute. Als Antigen bei der Komplementablenkung kann man mit Erfolg Rohlymphe oder Variolamaterial verwenden.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

642. **Die Hämolysinreaktion (Weil-Kafkasche Reaktion) als Hilfsmittel der Meningitisdiagnose;** von G. Salus. (D. med. Woch. 1917. S. 970.)

Normalerweise kommt im menschlichen Blut, aber nicht im Liquor cerebrospinalis, Hämolysin für Hammelblutkörperchen, mindestens in 90%, vor. Bei Meningitiden besteht infolge der Entzündung eine erhöhte Durchlässigkeit der Hirnhautgefäße, und es lassen sich als in den Liquor durchgetretene Blutbestandteile in diesem Hämolysine für Tier-Erythrozyten, besonders für Hammelblutkörperchen nachweisen. Aus einer großen Anzahl Untersuchungen zieht S. den Schluß, daß der Hämolysinversuch einen wertvollen Beitrag zu den diagnostischen Ermittelungen bei Meningitisverdacht liefert.

Koenigsfeld (Freiburg).

643. **Über eine neue Form von Dysenterieantigen;** von W. Schultz. (D. med. Woch. 1917. S. 968.)

Sch. hat eine größere Untersuchungsreihe an Menschen mit dem von Ditthorn und Loewenthal angegebenen Dysenterie-Impfstoff (Abtötung der Bazillen mit Karbolsäure, physikalisch-chemische Vorbehandlung) vorgenommen. Der Impfstoff kann ohne Gefahr, nennenswerte Allgemeinerscheinungen zu erzeugen, bei Menschen zu Immunisierungszwecken angewandt werden. Verhältnismäßig selten treten Temperatursteigerungen auf. Mit mäßigen Lokalerscheinungen muß in einzelnen Fällen gerechnet werden. Die Wirkung auf den Agglutinationstiter des Blutserums war nach den bisherigen Beobachtungen von Sch. nicht einheitlich. Koenigsfeld (Freiburg).

644. **Weitere Untersuchungen über das Wesen der Fleckfieberagglutination;** von E. Weil und A. Felix. (Wien. klin. Woch. 1917. S. 1509.)

Aus älteren Agarkulturen der Stämme vom Typus H_2 und H_{19} lassen sich Kolonien isolieren, welche ohne Hauchbildung wachsen und von den typischen, progressives Wachstum zeigenden Kolonien des Proteus vulgaris verschieden sind. Diese Formen wurden als O-Form, die mit Hauch wachsenden als H-Form bezeichnet. Die mit der reinen H-Form hergestellten Immunsera verhalten sich wie die mit der gewöhnlichen Emulsion erzeugten, die ja zum überwiegenden Teil aus der H-Form besteht, d. h. sie bringen die gewöhnliche Emulsion in groben Flocken zur Fällung und agglutinieren auch die saprophytischen Stämme der Gruppe III: Die mit der O-Form hergestellten Immunsera agglutinieren die O-Form in kleinen Körnern, die H-Form in feinen Flocken, genau so wie das Krankenserum, und agglutinieren ebenso wie dieses die saprophytischen Proteusstämme (Gruppe III) nicht. In Bindungsversuchen läßt sich nachweisen, daß die O-Form nur einen Rezeptor, den spezifischen, die H-Form dagegen zwei Rezeptoren, den spezifischen und einen Substanzrezeptor, enthält, welch letzterer mit den entsprechenden Rezeptoren der saprophytischen Stämme der Gruppe III identisch ist. Die gegen die O-Form gerichteten Agglutinine sind ebenso wie die des Fleckfieberkrankenserums gegen höhere Temperaturen nicht so widerstandsfähig wie die H-Agglutinine. Infolge der vollkommenen Übereinstimmung der O-Agglutinine mit denen des Fleckfieberkrankenserums ist anzunehmen, daß in erster Linie die O-Form beim fleckfieberkranken Menschen auftritt, was bei Züchtungsversuchen zu berücksichtigen ist.

Koenigsfeld (Freiburg).

645. **Über Immunitätsreaktionen mit dem Bazillus Weil-Felix und über seine ätiologische Bedeutung für das Fleckfieber;** von

E. Friedberger. (D. med. Woch. 1917. S. 1314 u. 1390.)

Es wird über 2 Fälle von Fleckfieber bei polnischen Schnittern in Pommern berichtet und über die mit dem Serum dieser Patienten und dem Bazillus Weil-Felix angestellten Serumreaktionen. Neben der Agglutination war auch die Präzipitation, die Komplementablenkung und der Pfeiffersche Versuch positiv. Die Antikörper entsprechen, wie im Bindungsversuch festgestellt wird, den bei der immunisatorischen Erzeugung durch parenterale Zufuhr der betreffenden Bakterien gewonnenen. Der Bazillus Weil-Felix ist pathogen für Meerschweinchen.

F. zieht aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß die zur Erklärung der Serumreaktion mit dem Bazillus Weil-Felix bisher angegebenen Theorien sämtlich unhaltbar sind. Ein Beweis dafür, daß das Fleckfieber eine Protozoenerkrankung ist, welche durch ein in der Laus einen Entwicklungsgang durchmachendes Virus übertragen wird, und daß die Serumreaktionen mit dem Bazillus Weil-Felix nur sekundärer Natur sind, besteht nicht. Vielmehr sprechen nach F. der Infektionsverlauf und die Art der Immunität, sowie die Tatsache, daß auch mit anderen Bakterien das klinische Bild des Fleckfiebers hervorgerufen werden kann, im Zusammenhang mit seinen Untersuchungen dafür, daß das Fleckfieber eine bakterielle Infektion ist, für die als dominanter Erreger der Bazillus Weil-Felix in Frage kommt. F. schlägt daher vor, den Bazillus als Bac. typhi exanthematici zu bezeichnen. Koenigsfeld (Freiburg).

646. **Untersuchungen über die Weil-Felixsche Reaktion.** II.; von R. Hamburger und R. Bauch. (D. med. Woch. 1917. Nr. 39. S. 1227.)

Früher (D. med. Woch. 1917. Nr. 36) haben H. u. B. nachgwiesen, daß die Ausflockung des Proteusstammes X_{19} bei der Weil-Felixschen Reaktion auf einem typischen, wenn auch thermolabilen Agglutinin beruht, das im Blute gebildet wird. Darauf bezugnehmend weisen H. u. B. andere theoretische Schlüsse ab und „deuten die Weil-Felixsche Reaktion als die Folge einer heterogenetischen Antigenwirkung des Fleckfiebervirus im Menschenkörper“.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

647. **Ein haltbares Präparat zur Fleckfieberreaktion nach Weil-Felix;** von Fr. Schiff. (D. med. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1292.)

Nach der Prüfung an 43 positiven und 45 negativen Sera nimmt Sch. an, daß eine auf die übliche Weise hergestellte Aufschwemmung des Stammes X_{19} nach 2 Minuten langem Kochen und Zusatz von 0,5% Phenol eine spezifische Reaktionsfähigkeit gegenüber dem Serum Fleckfieberkranker beibehält und 6—8 Wochen lang bewahrt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

648. **Paludisme et réaction de Bordet-Wassermann;** par S. J. de Jong et A. Martin. (Presse méd. 1917. Nr. 60. S. 617.)

Aus den ausgedehnten Untersuchungen de J.s u. M.s geht hervor, daß außerhalb der Fieberanfälle Malaria die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Syphilisdiagnose nicht beschränkt. Während des Fiebers kommen manchmal positive Ausfälle vor. de J. u. M. empfehlen eine doppelte Reaktion mit erwärmtem und nichterwärmtem Serum, da die eine die andere kontrolliert. Sie wenden mit Vorliebe das Verfahren von Alfred Bauer-Hallion an.
Lamers (Herzogenbusch).

IV. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

649. **Habituelle Hyperthermie;** von E. Moro. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 4. S. 214. 1917.)

Vor mehreren Jahren hat M. darauf aufmerksam gemacht, daß nicht selten Kinder nach körperlicher Bewegung Temperaturerhöhung bei Aftermessung zeigen und daß die Temperatur in der Achselhöhle zu gleicher Zeit erheblich niedriger ist. Er bezeichnete diese Temperaturerhöhung, die mit Fieber nichts zu tun hat, als rektale Bewegungshyperthermie. M. weist jetzt darauf hin, daß es auch eine Gruppe von Kindern gibt, die frei von jeder Organerkrankung sind, und auch in der Ruhe ständig erhöhte Temperatur namentlich in den Nachmittagsstunden haben. Diese Kinder zeigen immer Symptome der neuropathischen Diathese. Die Temperaturerhöhungen sind wahrscheinlich auf Störungen der zentralen Wärmeregulation zurückzuführen. Dies ist bei der Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose und Endokarditis zu berücksichtigen, wie M. an einigen Beispielen zeigt.
Brückner (Dresden).

650. **Over de zoogenaamde rectale hyperthermie;** door R. P. van de Kasteele. (Nederl. Maandschr. voor verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 6. H. 5. S. 253. 1917.)

4 Fälle, ganz analog den von Moro beschriebenen. Die Steigerungen der rektalen Temperaturen stimmten nicht mit denen in der Achselhöhle überein und wurden stark beeinflußt von Körperbewegungen (4 Kurven). Es handelte sich nicht um muskelschwache Kinder; irgendwelche Abweichungen waren nicht zu finden und die v. Pirquetsche Reaktion war negativ. Wohl zeigten alle 4 starke vasomotorische Reizbarkeit. Da bisher über die *normale* Rektaltemperatur und die *normale* Differenz zwischen Rektal- und Achselhöhlentemperatur bei Kindern wenig Sicheres bekannt ist, läßt sich vorläufig über das Pathologische dieser Befunde nichts Bestimmtes sagen. v. d. K. weist auf die Schwierigkeiten umfangreicher Untersuchungen in dieser Richtung an einem ausgedehnten Material hin. Vorläufig will er solche Kinder als vollkommen normal ansehen. Lamers (Herzogenbusch).

651. **Über das Auftreten eigenartiger Ödemzustände;** von F. Lange. (D. med. Woch. 1917. Nr. 28. S. 876.)

Die interessanten Ausführungen schließt L. mit Äußerung der Ansicht, daß *die Ödemursache in einer geringeren Widerstandskraft der Gefäße zu sehen ist,* die durch die Qualitätsänderungen der jetzigen Ernährung bedingt sei. Kadner (Dresden-Loschwitz).

652. **Über eine neue Theorie des Diabetes insipidus;** von Grundmann. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 41. S. 743.)

Wesentlich ist die Scheidung, ob es sich um einen symptomatischen oder idiopathischen Diabetes insipidus handelt. In dem von Gr. gegebenen Falle handelt es sich um einen idiopathischen Fall, und er glaubt die Störung auf einen abnormen Reizzustand des vegetativen Nervensystems speziell auf den sympathischen Teil beziehen zu sollen. Als primäre Ursache sind Störungen der inneren Sekretion (Hypophyse, Schilddrüse, Nebennieren und Pankreas anzusehen.
Cordes (Berlin).

653. **Zur pathologischen Anatomie der Ruhr.** *II. Die Abgrenzung der Amöbenenteritis von der bazillären Ruhr;* von M. Lohlein. (Med. Klin. 1917. Nr. 17. S. 478.)

Die Darmveränderungen, die durch pathogene Amöben verursacht werden, sind grundverschieden von den bazillären bedingten.

Als ausschlaggebend für die Pathogenese der Geschwüre möchte L. feststellen, ob die Ansiedlung in der Submukosa irgendeine gesetzmäßige Lokalisation erkennen läßt, ob mit Vorliebe oder ausschließlich die Darmfollikel aufgesucht werden. Cordes (Berlin).

654. **Tod durch Glottisödem bei Quinckescher Krankheit;** von Port. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 12. S. 384.)

Kasuistik. Keine familiäre Anamnese. Ephemere Urtikariaeruptionen an Rücken, Hand, Fuß. Dann plötzlich nachts zunehmender Luftmangel und Erstickungstod, bevor die Möglichkeit einer Tracheotomie gegeben war. Autopsie ergab ein akutes Glottisödem mit besonderer Beteiligung der Epiglottis und der Plicae aryepiglotticae sowie der Sinus piriformes. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

655. **Über einen Fall von Hydrocephalus maximus;** von R. Ganter. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. H. 2 u. 3. S. 154. 1917.)

Außergewöhnlich großer Schädel, dessen genaue Maße gegeben werden, bei einem im Alter von 43 Jahren gestorbenen Patienten. Der größte Schädelumfang betrug 74 cm, das Hirngewicht ohne Wasser 1129 g. Jolly (Halle).

656. **Zur pathologischen Anatomie des infektiösen Ikterus;** von Pick. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 19. S. 451; Nr. 20. S. 481.)

Auf Grund seiner Ausführungen kommt P. zum Schlusse, daß das von Beitzke gegebene Bild des infektiösen Ikterus Erweiterungen bedarf. Die von ihm als besonders charakteristisch angesprochenen makroskopischen Veränderungen können bisweilen fehlen. Die Erkrankung der Skelettmuskel kann sich für das bloße Auge in gehäuften kleinen gallig imbibierten Degenerationsherden darstellen.

Das Virus des infektiösen Ikterus kann das mikroskopische Bild der „genuinen" akuten gelben Atrophie bis zu den stärksten Graden des Leberzellenuntergangs ergeben. Das makroskopische Bild stimmt nicht damit überein.

In der makroskopisch außer dem Ikterus scheinbar unveränderten Haut finden sich zellige Infiltrate, die ein Kennzeichen zur Diagnose des Ikterus bilden können. Cordes (Berlin).

657. **Zur Ätiologie der akuten gelben Leberatrophie;** von G. Salomon. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 5. S. 112.)

Ein klinisch unaufgeklärter Fall von akuter Leberatrophie wird, nachdem die Autopsie Reste chronischer Cholezystitis und Pankreatitis mit einzelnen Fettnekrosen ergeben hat, epikritisch in einen nicht ohne weiteres verständlichen Zusammenhang mit der chronischen Pankreatitis gebracht, und zwar auf Grund folgender Überlegung: „auf dem Boden der chronisch verlaufenden Prozesse im Pankreas sind durch bakterielle und fermentative Wirkung als ein akutes Aufflammen Fettnekrosen entstanden". Die hierbei freigewordenen Fermente wirken giftig und können bei ihrem „Weitertransport" in das Pfortadergebiet eine akute Gewebsnekrose des Leberparenchyms bewirken. S. will durch Veröffentlichung des Falles seiner Ansicht Ausdruck verleihen, daß chemisch-biologische Prozesse bei der Entstehung der akuten gelben Leberatrophie eine vornehmliche Rolle spielen und daß die engen Wechselbeziehungen zwischen Darm, Leber und Pankreas bei der Frage nach der Ätiologie dieser Erkrankung eine Berücksichtigung finden müssen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

658. **Kurze Bemerkungen über die pathologische Anatomie der Weilschen Krankheit;** von C. Hart. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 12. S. 285.)

H. teilt den charakteristischen anatomischen Befund bei einem Fall von Weilscher Krankheit eines auf seinem Urlaub verstorbenen Soldaten mit. Er bespricht die von Herxheimer, Beitzke und Pick beschriebenen typischen Veränderungen: schwere Gelbsucht, massenhafte kleine Blutungen, schwere Nierenveränderungen und Entartung der Skelettmuskulatur, insbesondere erwähnt er die auch in seinem Falle auffallend große Zahl der Kernteilungsfiguren in den Leberzellen als Ausdruck eines reparatorischen Vorganges in der Leber. Dann geht H. näher ein auf einen Fall von Pick, bei dem sich außer den von Beitzke beschriebenen für Weilsche Krankheit pathognomonischen Muskelveränderungen eine akute gelbe Leberatrophie fand, und erwägt die Möglichkeit, daß die Erreger der Weilschen Krankheit eine akute gelbe Leberatrophie hervorrufen können, eine Frage, die bereits Benda angesichts des gehäuften Auftretens der sonst sehr seltenen schweren Lebererkrankung aufgeworfen hat. Ein Zusammenarbeiten von Klinikern und Anatomen ist zur Klärung dieser wichtigen Frage nötig. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

659. **Über die bei Malaria perniciosa comatosa auftretenden Veränderungen des Zentralnervensystems;** von H. Dürck. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. H. 7. S. 117.)

Makroskopisch findet man eine eiterige Leptomeningitis, für die der rein lymphozytäre Charakter spezifisch ist. Die schiefergraue bis grauschwärzliche Verfärbung der Rindensubstanz beruht auf Pigmentierung und Ablagerung von Degenerationsformen der Plasmodien. In einigen Fällen findet man eine punktförmige hämorrhagische Enzephalitis, die auf perivaskulären Blutungen beruht. Außer diesen punktförmigen Blutungen kommen auch größere Blutaustritte in die Mark- und Rindensubstanz vor. Die mikroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen teilt D. in solche, die auf mechanischer Wirkung beruhen (Gefäßverstopfung durch Plasmodien, Pigmentmassen usw.) und solche, die rein entzündlicher Natur sind. Zu den letzteren gehören die Infiltrate der Meningen und des in der Hirnsubstanz vorhandenen mesodermalen Bindegewebes. In fast allen Fällen findet sich eine perivaskuläre Gliazellwucherung, die ja auch bei anderen Erkrankungen vorkommt. Sehr ausgesprochen fand D. öfter die sog. Trabantenzellenwucherung an Ganglienzellen. D. machte außerdem eine überaus wichtige Feststellung, nämlich, daß bei fast allen Fällen in der Hirnsubstanz umschriebene Zellknötchen auftreten, die die Achsenzylinder und Markscheiden unterbrechen. Die Knötchen sind aus gewucherten Gliazellen gebildet, die in radiärer Anordnung gelagert sind. Diese spezifische Wirkung der Malariaparasiten auf das Gewebe ist nach Ansicht D.s zu den infektiösen Granulomen zu zählen (Malariagranulom). Es ist nicht ausgeschlossen, daß das Malariagranulom der Jugendzustand später sich herausbildender sklerotischer Herde ist (multiple Sklerose als Folge von Malaria). Geppert (Hamburg-Eppendorf).

660. **Zur Frage der Blutveränderung nach der Milzexstirpation;** von H. Hirschfeld und A. Weinert. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 27. S. 653.)

Bericht über Blutuntersuchungen nach Entfernung der Milz. Als auffallender Befund fanden sich im Gegensatz zu früheren Untersuchungen, bei denen reichlich Jollykörper gefunden wurden, in 2 Fällen nur wenige. Cordes (Berlin).

661. **Über die Sudecksche Knochenatrophie;** von J. Ohlmann. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1917. Nr. 24. S. 517.)

Die Sudecksche Atrophie ist als reflektorisch-trophoneurotisch entstandene Erkrankung aufzufassen und der allgemeinen Krankheitsgruppe der „reflektorischen Trophoneurosen" (Cassierer) als ein reines, typisches und wichtiges Glied zuzurechnen. Als noch präzisere Auffassung ergibt sich aus der Analyse des Krankheitsbildes, daß alle Erscheinungen der Knochenatrophie durch pathologische Reizwirkungen der von der Peripherie aus umgestimmten trophischen Zentren entstanden sein müssen. Zu untersuchen wäre auch noch der Einfluß der Knochenatrophie auf appositionelle Prozesse, im besonderen auf die Kallusbildung. Die absolute Abhängigkeit der Atrophie von der primären Ursache zeigt sich auch in der Prognose und Therapie, woraus sich auch die hohe Wichtigkeit der Erkennung derselben ergibt. Kautz (Hamburg).

662. **Allgemeine Verknöcherung der Rippenknorpel infolge Traumas (röntgenologisch nachgewiesen);** von M. Landau. (Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstr. 1917. Nr. 24. S. 539).

Beschreibung eines Falles von schleichender lokaler Entzündung im Anschluß an eine Quetschung des Brustkorbes, die nach Ablauf der akuten Erscheinungen zu einer ausgedehnten Ablagerung von Kalk im Knorpelgewebe führte. Kautz (Hamburg).

663. **Over tri-bounocephalie als verschijnsel van rachitis en andere groeistoornissen;** door C. A. J. Quant. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 5. S. 371.)

Qu. schrieb eine Dissertation über diese Schädelabweichung (referiert in diesen Jahrbüchern) und gab ihr diesen Namen. Er hat nun seine Untersuchungen fortgesetzt an der Leidener Poliklinik für Kinderkrankheiten und in einer Idioten-Anstalt. Er fand, daß Tribounozephalie bei Englischer Krankheit in 60% der Fälle vorkommt. Sie entsteht leichter bei langköpfigen wie bei kurzköpfigen Kindern. Seitenlage in den ersten Lebensjahren fördert das Zustandekommen der T-förmigen Grube. Sie kommt sowohl in leichten wie in schweren Fällen von Rachitis vor; in leichten Fällen am mindesten bei Kurzköpfigen. Die größte Entstehungsgefahr liegt vor bei schwer rachitischen langköpfigen Kindern, die stets auf der Seite liegen. Tribounozephalie kann das erste und das letzte bleibende Symptom der Rachitis sein. Darin liegt seine Bedeutung für den praktischen Arzt (2 Abbildungen im Text und 2 auf einer Tafel. 3 Tabellen). Lamers (Herzogenbusch).

664. **Een geval van Sporotrichose;** door J. K. W. Kehrer. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 5. S. 386.)

Een Mycosis generalis veroorzaakt door Monilia alcalophilis; door E. E. A. M. de Negri en J. B. Waller. (Ibidem 1917. 2. Hälfte Nr. 7. S. 537.)

Beides kasuistische Beiträge. In Holland wurden bisher nur noch einzelne Fälle dieser Erkrankung beschrieben. Sowohl die pathologisch-anatomische und die mykologische Untersuchung wie die Tierprobe sind für die Diagnosenstellung unerläßlich. Besonders letztere Arbeit befaßt sich eingehend mit der Indentifizierung und Kultur des Erregers. Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose gegenüber Tuberkulose und Lues werden einer eingehenden Betrachtung unterzogen. — Auf 1 Tafel sind Abbildungen der Kulturen mikroskopisch und makroskopisch wiedergegeben. Lamers (Herzogenbusch).

665. **Eine einfache Methode zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes von Organen;** von V. Ellermann. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1917. S. 449.)

Die beschriebene Methode nimmt zur Ausführung nur wenige Minuten in Anspruch und arbeitet bei Einhalten gewisser Vorsichtsmaßregeln hinlänglich genau. Will man z. B. das spezifische Gewicht von Lebergewebe bestimmen, so gibt man in einen graduierten Meßzylinder bis zur 10 ccm-Marke 10proz. Kochsalzlösung und läßt einen kleinen Würfel — etwa 1 cm dick — Lebergewebe in die Flüssigkeit fallen. Man verdünnt weiter mit Wasser, bis das Stückchen zu Boden sinkt und liest auf der Skala das spezifische Gewicht ab. Als Fehlerquelle ist die Diffusion zu berücksichtigen. Das spezifische Gewicht der Fettleber ist geringer als der normalen Leber. — Änderungen des spezifischen Gewichtes gehen mit der Menge von sudangefärbtem Fettstoff einigermaßen parallel. Bei den Formen von Organdegeneration, wo mikroskopisch kein sudangefärbtes Fett gefunden wird, läßt sich durch die beschriebene Methode keine Herabsetzung des spezifischen Gewichtes nachweisen. Die Methode ist deshalb besonders für die quantitative Bestimmung der Steatose der Leber geeignet. Bachem (Bonn).

V. Pharmakologie (einschl. Pharmakotherapie) und Toxikologie.

666. **Über Erkrankungen nach Chinin;** von P. Regendanz. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 21. S. 306. 1917.)

Bei einer Chininprophylaxe, bei der täglich 0,3 und einmal wöchentlich 0,9 g Chininum hydrochloricum gegeben worden war, trat in manchen Fällen ein typisches Krankheitsbild auf, das sich durch die Symptome: Fieber, Exanthem und ödematöse Schwellung charakterisierte. Das Exanthem bot verschiedene Formen und blaßte nach 3 Tagen meistens ab; die Abblassung ging mit Schuppung einher. Das Ödem befiel meist die Ohrmuscheln und die Augenlider. Das Fieber trat gewöhnlich plötzlich auf und erreichte schnell 39°; die Pulszahl war vermehrt, das Allgemeinbefinden durchweg wenig verändert. Die Therapie bestand in der Darreichung häufiger, warmer Bäder.

Die Form der Chininprophylaxe, bei der einzelne große Tagesdosen gegeben werden, ist für militärische Verhältnisse wegen der dabei auftretenden Chininerkrankungen nicht zu empfehlen gegenüber der Art, bei welcher täglich nur kleine Chinindosen verabfolgt werden. Bachem (Bonn).

667. **Nochmals die Behandlung der Pneumonie mit Optochinum basicum und Milchdiät;** von F. Mendel. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 8. S. 289.)

M. lehnt den Vorschlag Rosins, *das Optochin zur Vermeidung der Einwirkung der Magensalzsäure stets mit einem gehäuften Teelöffel doppeltkohlensauren Natrons zu geben,* als unzweckmäßig und schädlich ab. Die Sättigung der Salzsäure gelinge damit nur für kurze Zeit; das Alkalikarbonat reize den Magen zu vermehrter Sekretion. Die erhebliche Entwicklung von Kohlensäure — aus 5mal täglich 5 g Natr. bicarb. — blähe den Magen auf, dränge das Zwerchfell nach oben, schädige dadurch das schon durch die Infektion geschwächte Herz und belaste den Kreislauf durch Wasserretention; auch sei Schädigung der Nierenfunktion zu fürchten. Dagegen sei die *Milchdiät eine nährende Schonungsdiät,* die die gefährliche Nebenwirkung des Optochins völlig ausschalte. — Es sollen alle 2—3 Stunden 150—200 g Milch gegeben werden, warm oder kalt, rein oder mit geeigneten Zusätzen. Alle 5 Stunden, Tag und Nacht wird nach vorheriger Milchdarreichung eine Kapsel Optochinum basicum 0,2—0,3 gereicht, bis die alle 5 Stunden rektal gemessene Temperatur auf 37,5° gesunken ist — oder, als Zeichen der Idiosynkrasie Ohrensausen auftritt. Kadner (Dresden-Loschwitz).

668. **Über eine neue Methode dynamischer Prüfung von Wehenmitteln;** von W. Bigler. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 80. S. 85. 1917.)

Mittels einer ausführlich beschriebenen Methode wurden einige moderne Wehenmittel untersucht. Es ergab sich etwa folgendes: Unter dem Einfluß der geprüften Wehenmittel (außer Tyramin und Adrenalin) tritt regelmäßig eine deutliche Steigerung des intrauterinen Druckes ein. Diese Drucksteigerung ist am geringsten beim Sekakornin, stärker bei den synthetischen Aminen (Histamin, Tyramin) und den Hypophysenpräparaten. Sie besteht nicht nur während der Kontraktion des Organs, sondern auch während des Ruhezustandes. Die mit der Druckerhöhung verbundene Arbeitserhöhung ist bei den einzelnen Wehenmitteln verschieden: am günstigsten bei den Hypophysenpräparaten, am ungünstigsten beim Tenosin. Das Bewegungsvolumen nimmt proportional der Drucksteigerung ab. Das maximale Volumen wird nicht bei einem Maximaldruck, sondern bei einem Optimaldruck gefördert, oberhalb und unterhalb dessen die Bewegungsvolumina progressiv kleiner werden. Für die einzelnen Präparate ergibt sich: Die Verhältnisse liegen am ungünstigsten bei den synthetischen Aminen, die Hypophysenpräparate erweisen sich in verschiedenen Beziehungen als günstig. Auch Sekakornin und Sekalan erfüllen die Bedingungen eines Wehenmittels. Tyramin (Uteramin) und Adrenalin kommen als Wehenmittel nicht in Betracht.

Indikation zur Anwendung der Wehenmittel bildet nur das Sinken des intrauterinen Druckes, d. h. die atonische Wehenschwäche im weitesten Sinne. Solange dieser Druck klinisch nicht meßbar ist, wird die Indikationsstellung immer unscharf bleiben.

Bachem (Bonn).

669. **Die Behandlung des chronischen Hydrops mit Theazylon;** von F. M. Groedel. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 4. S. 150.)

Gr. führt aus seiner großen Versuchsreihe typische Fälle an, die die Wirkung des Theazylon bei Myokarditis mit Insuffizienz, Myodegeneratio, Vitium cordis, Aszites demonstrieren. Gr. kennt die Überlegenheit des Theazylon gegenüber den gebräuchlichen Theobrominpräparaten an und empfiehlt es in chronischen schwer zu beeinflussenden Fällen von Hydrops. Er glaubt sogar dem Mittel eine bisweilen lebensrettende Wirkung zusprechen zu dürfen. Die schmerzstillende Wirkung des Diuretins bei kardialen Anfällen, besonders der Angina pectoris, scheint dem Theazylon zu fehlen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

670. **Über die chemischen Bestandteile der Uzarawurzel;** von W. Hennig. (Arch. d. Pharmazie Bd. 255. S. 382. 1917.)

Während bisher nur Extrakte aus der Uzarawurzel (Uzaron) als deren wirksame Bestandteile dargestellt worden waren, ist es anscheinend H. gelungen, zwei physiologisch wirksame Glykoside nachzuweisen, von denen dem *Uzarin* ($C_{75}H_{108}O_{30} + 9\,H_2O$) die Hauptwirkung zugesprochen werden muß. Bei der Hydrolyse des Uzarins mit verdünnten Mineralsäuren spaltet sich neben Zucker Uzaridin ab, in dem 3 Hydroxylgruppen ermittelt wurden. Außerdem läßt sich noch normaler Propylalkohol nachweisen. (Die ersten pharmakologischen Untersuchungen über die Wirkung der Uzarawurzel stammen übrigens, was H. nicht bekannt zu sein scheint, vom Ref.) Bachem (Bonn).

671. **Über Versuche mit parenteraler Einverleibung des unveränderten Saftes von Sempervivum tectorum;** von W. Münch. (Med. Klin. 1917. Nr. 28. S. 763.)

Pflanzensafteinspritzungen bei Karzinom. Bespricht gute Erfolge mit obigen Einspritzungen, bezeichnet sie aber selbst als nicht eindeutig und nicht ausgedehnt genug. Cordes (Berlin).

672. **Cignolin, ein synthetisches deutsches Chrysarobin, und Laneps, eine neue Salbengrundlage;** von Galewsky. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 238.)

Das synthetisch hergestellte Cignolin wirkt besser und in kleineren Mengen als das Chrysarobin, daher weniger Reizerscheinungen. G. empfiehlt für parasitäre Hauterkrankungen, Pityriasis versicolor, Pityriasis rosea, Epidermophytie Cignolin 0,1 + Zinköl 100,0 oder Cignolin 0,5—1,0 + Benzol 100,0. Zur Trockenpinselung dient: Cignolin 0,1 Zinc. oxyd., Talc., Glycer. ana 25,0, Spir. dil., Aqu. dest. ana 12,5. Gegen Psoriasis aber: Acid. salicyl. 10,0, Cignolin 5,0, Ol. rusci 20,0, Salbengrundlage ad 100,0. Für schwerere Formen: Acid. salicyl. 0,5, Cignolin 1,5—2,5, Hydrarg. praecip. alb., Bismuth. subnitr. ana 10,0, Vaselin alb. ad 100,0. Die neue Salbengrundlage Laneps, eine aus hochmolekularen Wasserstoffen kondensierte fettähnliche Substanz, hat sich bewährt. G. empfiehlt sie besonders zur Krätzesalbe: Kal. carbon. 2,5, Aqu. 7,5, Sulf. praecip., Sap. kalin. ana 5,0, Laneps 10,0.

Brauns (Dessau).

673. **Der Arsenwasserstoff und seine therapeutische Verordnung;** von H. Fühner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 907.)

F. empfiehlt das *Arsenwasserstoffgas* (AsH_3) trotz seiner großen Giftigkeit, sogar wegen derselben, zu therapeutischer Verwendung. Das Gas wirkt hauptsächlich durch Zerstörung der roten Blutkörperchen, die sehr weitgehen kann — bis herab unter 1 Million (Joachim. D. Arch. f. klin. Med. 1910. Nr. 100. S. 51), ohne daß die Erholungsfähigkeit des Vergifteten aufgehoben wird. — F. experimentierte nun an weißen Ratten, die durch Phenylhydrazin anämisch gemacht worden waren, von denen einige sich selbst überlassen, andere mit Arsenwasserstoff behandelt wurden. Die

durch die Phenylhydrazineinwirkung um 50% herabgesetzte Erythrozytenzahl stieg bei den mit Arsenwasserstoff behandelten Tieren innerhalb 14 Tagen um 70%, bei den anderen nur um 43%. Die *blutkörperchenzerstörende Wirkung des Arsens* tritt schon in kleinen therapeutischen Gaben zutage. *Sie hat Sauerstoffmangel zur Folge. Dieser regt das Knochenmark zur Mehrproduktion von Blutzellen an* (analog wirken Aderlaß und Höhenklima). Gerade für diese blutzerstörende Wirkung ist der AsH_3 die geeignetste Form des Arsens, da das Gas direkt zum Blut kommt, und da es bei seiner großen Affinität zu den Blutzellen gestattet, mit den geringsten absoluten Arsenmengen therapeutisch auszukommen, und jederzeit berechnen läßt, wieviel des Giftes zur Wirkung kommt. Der *Arsenwasserstoff* hat den Vorzug vor den Kakodylpräparaten, daß er *nicht im Organismus in eine Arsenverbindung von stärkerer Wirkung übergehen kann.*

Kadner (Dresden-Loschwitz).

674. **Über subkutane Arsentherapie;** von H. v. Hayek. (Allg. med. Zentralzeit. 1917. S. 180.)

v. H. hatte Gelegenheit, ein neues Monomethylarsinpräparat, das Arsamon, welches dem französischen Arrhenal nahesteht, bei Anämien, Unterernährung, Tuberkulose, Hautkrankheiten usw. zu erproben. Es wird subkutan injiziert und vereinigt bei vollkommener Reizlosigkeit einen befriedigenden therapeutischen Nutzen mit dem Fehlen unangenehmer Nebenwirkungen (Knoblauchgeruch). Im Handel befinden sich Phiolen mit 1 ccm einer 5proz. Lösung.

Bachem (Bonn).

675. **Arsalytbehandlung, besonders beim Rückfallfieber;** von H. Kostoff. (D. med. Woch. 1917. Nr. 37. S. 1168.)

32 Rekurrenskranke wurden mit Arsalytinjektionen behandelt, 24 im ersten und 8 im zweiten Anfall, und zwar erhielten 10 Kranke im ersten Anfall 0,5, 14 Kranke im ersten Anfall 0,4 und 8 am ersten Tage des zweiten Anfalles je 0,4 g Arsalyt intravenös. Die meisten Kranken kamen in elendem Zustande in Behandlung. Sämtliche Komplikationen verschwanden kurz nach der Injektion. Von 32 Kranken blieben 28 nach 1maliger Injektion rezidivfrei, und zwar die 10 mit 0,5 im ersten Anfall injizierten und sämtliche 8 mit 0,4 im zweiten Anfall injizierten Fälle. Von 14 mit 0,4 Injizierten bekamen 4 einen Rückfall; 3 von diesen waren am (angeblich) 8. Anfallstage, der 4. am (angeblich) 14. (?) injiziert worden. — In 4—20 Stunden kam es zur Krise (unter Schweißausbruch Rückkehr zur normalen Temperatur). Die Spirochäten verschwinden. Neosalvarsan wirkte weniger schnell auf Spirochäten und Temperatur.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

676. **Verändert die längere Zufuhr von Antipyretizis die Erregbarkeit des Temperaturzentrums?** von A. Lüthy. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 43. S. 1425.)

Werden Tiere längere Zeit täglich mit selbst hohen Dosen von Pyramidon behandelt, so zeigt das Temperaturzentrum derselben keine Änderung der Erregbarkeit, indem durch intravenöse Injektion von β-Tetrahydronaphthylamin und von Heujauche vor und nach der Pyramidonbehandlung die gleichen Temperatursteigerungen erzielt werden. Wird durch tägliche Injektion des genannten Amins bei Tieren regelmäßig Fieber erzeugt und dieses durch ebenfalls tägliche Pyramidongaben bekämpft, so zeigt sich allmählich eine Abnahme der fiebererzeugenden Wirkung des Amins. Wird das tägliche Fieber durch Injektion von Heujauche erzeugt und dann ebenfalls antipyretisch mit Pyramidon bekämpft, so zeigt sich auch bei längerer Versuchsdauer keine Änderung in der fiebererzeugenden Wirkung der gleichen Dosis Heujauche.

Aus diesen Resultaten glaubt L. folgende Schlüsse ziehen zu können: Bei bakteriell bedingten längerdauernden Fieberzuständen stört die tägliche Antipyrese die Reaktionsfähigkeit des Temperaturzentrums nicht. Man braucht also nicht zu befürchten, daß durch das Fiebermittel der Zustand diagnostisch verschleiert würde. Läßt man das Antipyretikum weg, so wird die Temperatursteigerung wieder genau dem Grade der Intoxikation entsprechen. Ist dagegen die Temperatursteigerung bedingt durch eine spezifische, funktionelle Reizung der Gegend des 4. Ventrikels, so kann durch die regelmäßige Behandlung mit Antipyretizis die Erregbarkeit dieser Teile herabgesetzt werden. Vielleicht lassen sich bakteriell bedingte Fieberzustände auf diese Weise durch den therapeutischen Erfolg diagnostisch unterscheiden von den nicht bakteriell bedingten.

Bachem (Bonn).

677. **Nitrobenzol als Abortivum;** von J. R. Spinner. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 43. S. 1439.)

Zusammenfassende Kritik einiger in Betracht kommender Fälle. Sp. kommt auf Grund des Materials zu der Überzeugung, daß Nitrobenzol kein taugliches, ja nicht einmal ein relativ taugliches Abortivum ist; denn der Fruchttod tritt nur mit dem der Mutter ein; austreibende wehenerregende Wirkung kommt dem Nitrobenzol nicht zu. Das gleiche soll auch für die anderen Methämoglobinbildner zutreffen. Die tödliche Dosis schwankt zwischen 10—20 Tropfen und mehreren hundert Gramm; in letzteren Fällen war energische ärztliche Hilfe zeitig zur Stelle.

Bachem (Bonn).

678. **Plötzliche Todesfälle nach Vergiftung mit Wasserschierling (Cicuta virosa);** von R. Jaffé. (Med. Klin. 1917. Nr. 37. S. 991.)

Nach Genuß der Wurzel starben 2 Patienten innerhalb sehr kurzer Zeit unter tonisch-klonischen Krämpfen, Zyanose, erloschenem Hornhautreflex und weiten lichtstarren Pupillen. Bei den Überlebenden zeigten sich Kopfschmerz, Benommenheit, Schwindel, Atembeklemmungen, aber kein Erbrechen, in einem Falle auch Krämpfe mit folgender Bewußtlosigkeit. Die Sektionsprotokolle sind eingehend geschildert, auch wird der Nachweis des Giftes beschrieben. Der Sektionsbefund bot im allgemeinen nichts Charakteristisches; es zeigte sich Flüssigbleiben des Blutes, Ödem und Blutreichtum der Lungen und der übrigen inneren Organe, in einigen Fällen kleine Blutungen in die Magenschleimhaut und den Dünndarm. Verschiedentlich war ein scharfer, an Sellerie erinnernder Geruch des Mageninhaltes aufgefallen. — In einem „Nachtrag" beschreibt J. noch zwei weitere, ähnlich verlaufene Fälle von Wasserschierling-Vergiftung.

Bachem (Bonn).

679. **Die Giftigkeit der aromatischen Nitroverbindungen;** von F. Koelsch. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 965.)

Es kommen in Betracht die nitrierten Benzole, Toluole, Xylole, Anisole, Naphthaline und Phenole — durch fraktionierte Destillation gewonnene Abkömmlinge des Steinkohlenteers, aus denen durch Einwirkung von konzentrierter Salpetersäure, bzw. eines Salpeter-Schwefelsäure-Gemisches die Nitroprodukte, durch Reduktion die sog. Amidoverbindungen entstehen. Durch die Verwendung der aromatischen Nitroverbindungen in der Munitionsindustrie ist das Interesse für die Giftigkeit dieser erweckt worden. — Die Aufnahme der Stoffe in den Körper erfolgt bei der ge-

werblichen Beschäftigung per os, durch die Lungen oder durch die verletzte oder unverletzte Haut. Letzterer Weg spielt für Nitro- wie Amidoverbindungen ein wichtige Rolle, da auf ihm besonders geringe Giftmengen wirksam werden. — Von den Arbeitern sind alte und kränkliche Personen besonders empfänglich, namentlich solche mit Schweißhänden und -füßen und mit Hauterkrankungen. Alkohol begünstigt die Resorption der in den Magen gelangten Giftmengen erheblich. — Die giftigsten Verbindungen sind die nitrierten Benzole: namentlich das Mono- und das Dinitrobenzol. Bei subakuter, chronischer Vergiftung bewirken sie in leichten Fällen Anämie mit bläulicher Verfärbung der Lippen und Wangen, Mattigkeit usw. Die Haut der Hände ist gelbbraun verfärbt (Xanthoproteinreaktion) ebenso die vorstehenden Kopfhaare. Bei höheren Graden fällt besonders die Zyanose auf, die Atmung ist erschwert, die Herztätigkeit beschleunigt, es bestehen Magendarmstörungen, in schweren Fällen Benommenheit bis zu stundenlanger Bewußtlosigkeit. Im Harn ist gelegentlich Hämatoporphyrin nachweisbar. Dinitrobenzol geht zum Teil unverändert über: Bismarckbraun-Reaktion — versagt bei den leichten Fällen. Der Hämoglobingehalt des Blutes ist vermindert: 75—85% (hämoglobinämische Degeneration der roten Zellen). Es erscheinen regenerative Formen. Die weißen Blutzellen sind vermehrt. Oft ist Methämoglobin spektroskopisch nachweisbar. *Die nitrierten Benzole sind Blutgifte.* Krankheitsdauer 1 bis 2 Wochen (leicht) bis Monate (schwer). Rückbildung meist ohne Schädigung. Meist folgt erhöhte Disposition, selten Giftfestigkeit der ersten Erkrankung. Tödliche gewerbliche Vergiftungen sind selten. — Die *nitrierten Toluole* (3 Stufen) sind nicht sehr giftig. Leichte Vergiftungserscheinungen wurden bei Verarbeitung von *unreinem* Di- und Trinitrobenzol beobachtet: Mattigkeit, leichte Blausucht, Anämie. Die Giftigkeit der nitrierten Toluole ist gegen die der Benzole verringert durch die Einführung der Methylgruppe in den Benzolring. Außerdem sind die physikalischen Verarbeitungsbedingungen günstiger. — Die Giftigkeit der nitrierten Toluole steigert sich jedoch mit der Verunreinigung durch andere Stoffe: nitrierte Benzole und Reste von nitrosen Gasen, unnitrierte und nitrierte Kohlenwasserstoffe (namentlich Trinitromethan). — Die *nitrierten Xylole* haben eine geringere praktische Bedeutung, über ihre Giftigkeit ist wenig bekannt. — Die *nitrierten Naphthaline* sind gewerblich harmlose, ungiftige Körper. Doch riefen *Nitronaphthalin*dämpfe bzw. Einspritzen von Nitronaphthalin-Benzin-Lösung Hornhauttrübung hervor, die im Verlaufe von Monaten wieder zurückging. — Die Beschäftigung mit *Trinitroanisol* ruft Hauterkrankungen hervor. Nicht alle Arbeiter sind gleichempfindlich. Heilung im Verlaufe einiger Wochen bei Salben- und Puderbehandlung. Es bleibt oft Idiosynkrasie sowie lebhafte Empfindlichkeit gegen Hautreize zurück. — Hinsichtlich der nitrierten Phenole konnte K. an reichem Beobachtungsmaterial nennenswerte Gesundheitsstörungen nicht feststellen. — Gegen Zeichen schwerer Blutschädigungen sind therapeutisch zu verwenden: Genuß frischer Luft, Sauerstoffeinatmungen, nicht zu großer Aderlaß mit folgender Kochsalzinfusion, Salzwasserklysmen. *Keinen Alkohol!* Kühle Waschungen und Bäder; warme verschlimmern.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

VI. Innere Medizin.

680. Gleichzeitige Diathermiebehandlung in mehreren Stromkreisen; von R. v. Sengbusch. (D. med. Woch. 1917. Nr. 31. S. 975.)

Die bei der Diathermieapplikation auftretenden Fragen werden allgemein betrachtet, die Hilfsmittel zur Stromregelung in mehreren Stromkreisen beschrieben, und einige Sonderfälle der Behandlung angegeben. Es wird nachgewiesen, daß rechnerische Überlegungen gemäß Vorschlägen Burmesters keine praktische Anwendung finden können und zu völlig unzulänglichen Resultaten führen. Anschließend werden einige bisher zu wenig beachtete Eigenarten aller Diathermieapparate beleuchtet. Kautz (Hamburg).

681. Zur therapeutischen Anwendung der Sinusströme; von A. Laqueur. (D. med. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1297.)

Die Forderung Lewandowskys, die Anwendung des sinusoidalen Wechselstromes bei Kriegshysterikern wegen ihrer Gefährlichkeit zu unterlassen, hält L. für zu weitgehend. Doch solle man die Apparate für Wechselstrombäder nach Möglichkeit mit einem *Galvanometer* versehen, um die Stromstärke ablesen zu können. Auch sei eine *genauere Indikationsstellung* für die Anwendung der Wechselstrombäder vonnöten. — Das Verschwinden der direkten Anwendung des Wechselstromes für Diagnostik und Therapie werde man übrigens nicht zu bedauern haben, da sich der echte faradische Strom viel besser zur Prüfung der elektrischen Erregbarkeit eigne.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

682. Theoretische Bemerkungen zur Heliotherapie; von L. Heusner. (D. med. Woch. 1917. Nr. 35. S. 1105.)

H. sagt: Der Streit um die Frage „kann man die Sonne künstlich ersetzen?" ist müßig. Wir wissen, daß unsere verschiedenen Lampen rein physikalisch ein dem Sonnenlicht mehr oder weniger entsprechendes Licht spenden, daß diese Strahlen chemisch und endlich biologisch wirksam sind, daß Glühlampe, Quecksilber- und Kohlenbogenlampe usw. Strahlen aussenden, welche auf die normalen und krankhaften Vorgänge unseres Körpers einen günstigen Einfluß haben. In diesem Sinne müssen wir die Vorteile ausnutzen, welche sie uns für unsere Heilverfahren bieten, damit sind aber Sonnenbad und Kunstlichtbad durchaus noch nicht dasselbe. Soviel aus der interessanten Mitteilung. (Kriegskürzung des Berichtes.) Kadner (Dresden-Loschwitz).

683. Beiträge zur Beurteilung der Resultate der Sahlischen Volumbolometrie nach Untersuchungen bei Gesunden; von D. José da Cumba. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 46. S. 1537.)

Die Untersuchungen hatten folgende Ergebnisse: Die Normalzahlen für Männer zwischen 16 und 49 Jahren sind: Volumen des Einzelpulses der Radialis: Maximum 0,15 ccm, Minimum 0,05 ccm. Mittelwert 0,09 ccm. Arbeit des Einzelpulses der Radialis: Maximum 17,14 gcm, Minimum 6,12 gcm. Mittelwert 11,27 gcm. Minutenpulsvolumen der Radialis: Maximum 11,2 ccm, Minimum 3,0 ccm. Mittelwert 6,81 ccm. Die Zahlen für Frauen sind im allgemeinen etwas niedriger. Es folgen Angaben über die Einflüsse der Nahrungsaufnahme. Die interessante Arbeit ist mit Kurven ausgestattet.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

684. Zur Kritik der klinischen palpatorischen Maximaldruckbestimmungen; von C.

T. Baumann. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 47. S. 1569.)

Das Ergebnis der ausführlichen Arbeit ist folgendes: Die Annahme v. Benczurs, wonach bei der palpatorischen Bestimmung des Maximaldrucks der Pulssperrdruck bloß an der Peripherie zum Verschwinden bringt, ohne die Strömung des Blutes zu unterdrücken, wird widerlegt. Der Pulssperrdruck sei theoretisch auch der Strömungssperrdruck. Durch Versuche wurde erwiesen, daß die Wiederkehr des Pulses und die erste minimale Strömung streng miteinander verkettet sind. — Die Annahme, daß durch die Wellenstauung der Blutdruck bei der palpatorischen Bestimmungsmethode künstlich erhöht wird, trifft nicht zu. — Die Weichteile spielen bei der Manschettenmethode eine im einzelnen Falle nicht berechenbare Rolle. — Mit der Manschettenmethode gewonnene Werte haben keinen absoluten Wert, besonders nicht, wenn die Manschettenbreite nicht angegeben ist. (B. verwendet die 8 cm breite Manschette.) — Die Pelottenmethode verdient daher den Vorzug, und weil bei Anwendung der Pelotte die von der Breite der drückenden Fläche abhängigen, die Resultate fälschenden Energie- und Druckverluste bei der Anwendung der Pelotte ihr Minimum erreichen. „Die Pelottenmethode nähert sich praktisch am meisten dem Postulat der statischen Maximaldruckbestimmung. — Die bei dem Riva-Roccischen Verfahren übliche Feststellung des Verschwindens des Pulses an der Radialis ist prinzipiell fehlerhaft, da beim Verschwinden des Radialispulses der Brachialispuls noch fühlbar ist. — Die Kenntnisnahme der Arbeit sei angelegentlich empfohlen! Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

685. **Vergleichende Untersuchung von Varizellen, Variola, Scharlach, Masern und Röteln;** von E. Paschen. (D. med. Woch. 1917. Nr. 24. S. 746.)

Fixation und mikroskopische Untersuchung ausgeschnittener Hautstückchen, die das Exanthem trugen. Angabe der für die einzelnen Krankheiten eigenen Charakteristika. Empfehlung des Ausstrichs bei Variola, da der Pustelinhalt im Vergleich zu den Varizellen differentialdiagnostische Anhaltspunkte ergibt. Näheres jedoch nur aus der Originalarbeit ersichtlich. Cordes (Berlin).

686. **Zur Ätiologie der Variola.** Vorläufige Mitteilung; von Hallenberger. (Med. Klin. 1917. Nr. 24. S. 652.)

H. berichtet über in einer großen Anzahl der Pockenfälle gefundene sog. Paschensche Körperchen, die er für die Erreger hält, wofür indes der Beweis in Reinkultur noch nicht erbracht werden konnte. Cordes (Berlin).

687. **Zur Pathologie und Therapie des Fleckfiebers;** von G. Zuelzer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 33. S. 1033.)

Bei *Fleckfieberkranken* haben zur Zeit des *Eintrittes des Fiebers Leber und Milz* das *Maximum ihrer Vergrößerung erreicht.* Während des etwa 14 Tage dauernden Fiebers gehen die Organe zur normalen Größe zurück. Die *Infektion ist also leicht vor Ausbruch des Fiebers festzustellen,* wenn man die in Infektionsgefahr Gekommenen auf Milz- und Lebervergrößerung untersucht. Vorhandene Vergrößerung (Leber perkutorisch 8—10—12 cm Höhe, Milz mit der Spitze bis zur mittleren, bzw. vorderen Axillarlinie oder bis Rippenbogen reichend) weist auf latentes Fleckfieber hin. Nicht in allen Fällen tritt Fieber auf. Bei den fieberfrei Bleibenden treten immerhin die Murchinsonschen Flecken des echten Fleckfiebers auf, besonders an Hals, Schultern, Weichen, Hüften, oder wenigstens eine Marmorierung der Haut. In einzelnen der latent bleibenden Fällen bestanden Leber- und Milzvergrößerung 2—3 Monate. Durch Verabreichung von 1—1,5—2 g Chinin geht die Volumveränderung in 6—10 Tagen zurück. Z. hält für möglich, daß das zahlreiche Vorkommen der latenten oder abortiven Fälle, das im Mai beobachtet wurde — in einer Jahreszeit, in der das Fleckfieber (scheinbar!) seinem Ende zuneigt, mit der Jahreszeit in ursächlich epidemiologischem Zusammenhang steht. — Es würde von großer Wichtigkeit sein, zu erfahren, ob das Chinin nur auf die latenten Fälle wirkt, oder ob es auch, im Inkubationsstadium gegeben den Ausbruch des manifesten Typhus exanthematicus zu verhindern vermag. An sich selbst machte Z. eine Beobachtung, die das letztere wahrscheinlich macht. Das geschilderte Verhalten der Leber und Milz werde die Differentialdiagnose zwischen Typhus exanthematicus und abdominalis erleichtern. — Soviel aus der interessanten Arbeit! Kadner (Dresden-Loschwitz).

688. **Aus der Praxis der Fleckfieberbekämpfung;** von F. Weil. (Med. Klin. 1917. Nr. 25. S. 681.)

W. berichtet über in Polen gesammelte Erfahrungen, betont, daß das Augenmerk nicht nur sich auf die Bekämpfung der Laus, sondern insbesondere auch auf den einzelnen eingeschleppten Fall richten muß. Cordes (Berlin).

689. **Zur Kenntnis der Weilschen Krankheit;** von K. Sick. (Württemb. Korr.-Bl. 1917. Nr. 34. S. 375.)

S. hatte Gelegenheit, *18 Fälle von Weilscher Krankheit* zu beobachten, von denen 6 schwer verliefen, 1 tödlich endete. 11 Zugänge entfielen auf die Monate September bis Dezember, die übrigen auf Januar bis März; sie kamen aus Truppenteilen, die lange denselben Standort innehatten. Begonnen hatte die Krankheit gewöhnlich mit großer Hinfälligkeit, Muskelschmerzen, Durchfällen. Nur 2 Kranke wurden ohne Gelbsucht eingeliefert. — Am Herzen wurden Geräusche wechselnder Beschaffenheit gehört. Die Herzaktion war unregelmäßig, die Füllung der Schlagader ungenügend, der Blutdruck während der Fieberperiode herabgesetzt (100—110 mm Hg), Erscheinungen, die noch weit in die Genesungszeit bemerkbar blieben. Die Gelbsucht trat frühestens am 3. Tage nach Beginn des Fiebers auf, gleichzeitig mit schmerzhafter Leberschwellung. Die Milz war nicht immer fühlbar. Die anfängliche Nierenstörung (Eiweiß, Zylinder, bisweilen Erythrozyten) hielt nur kurze Zeit an. Bei schweren Fällen wurde im Urin reichlich Bilirubin und Biliverdin ausgeschieden, später in dunkel- bis strohgelbem Urin lange Zeit Urobilin. — Die Leber war in frischen Fällen deutlich vergrößert. — Groß war die Neigung zu Blutungen (Niere, Blase oder Nierenbecken, Haut, Schleimhäute). — Das venöse Blut hatte ein hellrotes Aussehen (Gelbfärbung des Plasmas); im Serum oft Urobilinspektrum mit schwachen Absorptionsstreifen des Oxyhämoglobins. Keine hämolytische Wirkung des Serums. Die Blutgerinnung war auf der Höhe der Krankheit beträchtlich verzögert. — Die roten Zellen des Blutes zeigten erst in der Rekonvaleszenz Verminderung, Auftreten von Mikrozyten, Neigung zu basophiler Färbung, Hämoglobinverarmung. Die Leukozyten waren auf der Höhe der Krankheit stark vermehrt, namentlich die polymorphkernigen. Diese nahmen nach der Entfieberung bald ab, während die Zahl der Lymphozyten sich über die Norm hinaus hob. Eosinophile Zellen wurden nie vermißt. Die *Blutplättchen sind auf der Höhe der Leukozytose*

und des Fieberanfalles tageweise fast ganz aus dem Blute verschwunden. Sie verschwanden auch bei einer schweren Blutung aus Nase und Darm. Mannigfach und zahlreich waren Störungen der Verrichtungen des nervösen Zentralorganes, sowie der peripheren Nerven. In einem Falle (ausführlich berichtet) bestand das Krankheitsbild der akuten zerebralen Ataxie. — Im Mittelpunkte der Krankheit steht eine schwere toxisch-infektiöse Störung der Lebertätigkeit. — Der spätere Verlauf zeigt ein sehr langsames Fortschreiten der Wiedergenesung. — Eine Anzahl leichter Fälle nehmen nie bedrohlichen Charakter an. Bei von vornherein schwer einsetzenden Fällen ist die Prognose nicht leicht zu stellen. Die bedrohlichsten Erscheinungen treten häufig erst in der fieberfreien Zeit auf (Untertemperaturen mit allgemeinen Vergiftungserscheinungen im Sinne der Leberinsuffizienz). Die *Behandlung* hat die *Erhaltung der Herzkraft* im Auge zu behalten. — Besonders wichtig ist die Einleitung der spezifischen Behandlung mit Blutserum wiedergenesender Kranker (Blutentnahme 3—4 Wochen nach Ablauf des Fiebers). Die Wirkung ist als antitoxisch anzusehen.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

690. **Die Blutmorphologie der Weilschen Krankheit im Gegensatz zu anderen Ikterusformen.** Vorläufige Mitteilung; von C. Klieneberger. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 28. S. 676.)

Es besteht eine Differenz. Die Werte der weißen Blutkörperchen der Weilschen Erkrankung sind durchgehends hohe. Es besteht eine relativ hohe Lymphozytose, eine auffallend hohe Eosinophilie. Auch der Ablauf der Veränderungen ist bei der Weilschen Erkrankung ein anderer. Cordes (Berlin).

691. **Untersuchungen über Ruhr;** von R. Hamburger und R. Bauch. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 32. S. 770.)

Neben kulturell und serologisch typischen Stämmen gibt es schwere oder inagglutinable Stämme bei der Dysenterie. Die fraglichen Ruhrstämme serologisch einwandfrei zu bestimmen, zeigt sich die „Ruhragglutination" nach Porges (einstündiges Erhitzen der Bakterienaufschwemmung im Dampftopf) günstig.

Cordes (Berlin).

692. **Colitis chronica gravis und Bazillendysenterie in ihren Beziehungen;** von H. Strauß. (Ther. d. Gegenw. 1917. H. 6. S. 212.)

St. zweifelt an der semiotischen Bedeutung des scharfen Unterschiedes zwischen grob- und feinklumpiger Agglutination, wie ihn Friedemann, Dünner, Steinbock machen. Der endoskopische Befund ist für Dysenterie im allgemeinen nicht charakteristisch.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

693. **Klinische Beobachtungen über den epidemischen Ikterus;** von K. Deszimirovicz. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 30. S. 935.)

Eine große Anzahl von epidemisch auftretenden Ikterusfällen konnte als eine unter atypischem Bilde verlaufende Malariaabart identifiziert werden. Es handelte sich um tropische Malaria von geringerer Aktivität. Der Blutbefund, die Chininwirkung und die Tatsache des Vorkommens der Erkrankung in einer bekannten Malariagegend waren die Gründe für die ätiologische Auffassung der Erkrankung.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

694. **Über Exantheme bei Cholera asiatica;** von L. Arzt. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 29. S. 901.)

Beschreibung von 4 Fällen, bei denen in der Cholerarekonvaleszenz Exantheme auftraten, die ursprünglich kleine braunrote Makulä darstellten, dann konfluierten und teils urtikarielle oder hämorrhagische Formen annahmen. Es wird angenommen, daß derartige Exantheme hauptsächlich vorkommen bei Fällen, die durch reichlich Hämotoxine bildende Stämme hervorgerufen werden. Die Hauterscheinungen selbst sind der Ausdruck von Giftresorption.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

695. **Febris palustris remittens;** von Ludwig. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 969.)

L. sah die Krankheit im Sumpfgelände des Ostens und später in den Niederungen der Aisne. Es handelte sich um eine Infektion, die nach 3wöchiger Inkubation akut oder subakut mit 38,5—39,5° ohne Schüttelfrost einsetzt und meist in 7—10 Tagen ohne Schweißausbruch endet. Es bestehen Kopfschmerzen, manchmal stark, Schmerzen in der Muskulatur der 7. bis 12. Rippe, Schmerzen in Rücken, Waden, Kniekehlen, Schwere und Ziehen in den Oberschenkeln, Hinfälligkeitsgefühl. Sitz der Schmerzen in der Muskulatur, sie können fehlen. Objektiv ist nur bisweilen leichte Milzschwellung zu finden. Keine Lebensgefahr, selten Rezidive, keine Kontakterkrankungen. Läuse sind die Weiterträger der Krankheit. Das beste Heilmittel ist Bettruhe. Chinin wirkt nicht auf das Fieber, wohl aber andere Antipyretika.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

696. **Zur Kenntnis des wolhynischen Fiebers;** von E. Richter. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 22. S. 526.)

R. gibt seine über die Krankheit gemachten Erfahrungen unter Betonung, daß wir, solange wir den Erreger nicht kennen, um die Diagnose zu sichern, wir auf die klinischen Symptome angewiesen sind.

Als besonders auffallend fand R. fast ohne Ausnahme segmentär angeordnete Ionen, in deren Bereich eine ausgesprochene, oft hochgradige Hyperästhesie für leise Berührungen, leichten Druck und Kältereiz vorhanden ist. Cordes (Berlin).

697. **Klinische und experimentelle Beiträge zur Klinik der Typhusschutzimpfung;** von A. Mayer. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 1. S. 16.)

Hervorrufung von Exazerbationen und Rezidiven durch Typhusschutzimpfungen, keine dauernden Schädigungen. Parallelismus zwischen Tuberkulin- und Typhusschutzimpfungsreaktion in 77%; Allgemein- und Herdreaktion. Ebenso wie bei der Tuberkulinreaktion resultiert kein Impfschaden. Bei Tuberkulösen mit Heilungstendenz ist die Produktion von Agglutininen nach der Schutzimpfung gehemmt, ebenso bleibt die Leukopenie und die Milzschwellung aus. Kreislaufveränderung wie im Rekonvaleszenzstadium, keine dauernde Herzschädigung. Bei thyreotoxischen Herzen und Hypertonien unangenehmere Herzstörungen. Nach dreifacher Schutzimpfung wird die Widalsche Reaktion und die Blutzählung diagnostisch wieder vielfach verwertbar. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

698. **Ein Fall von Sklerodermie mit typischem Röntgenbefund (Sklerodaktylie);** von J. Zadek. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 2. S. 36.)

Sehr interessante Fallgeschichte mit gutem Röntgenbilde, das so schwere Zerstörungen der Knochen zeigt, wie sie bisher bei reiner Sklerodaktylie wohl nie oder selten zur Beobachtung kamen.

Cordes (Berlin).

699. **Kohlehydratstoffwechsel bei Erkrankung der Drüsen mit innerer Sekretion;** von F. Ritter und W. Weiland. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 19. H. 1. S. 118.)

Es wurden nach Einführung von Traubenzucker per os und als Infusion die Blutzuckerverhältnisse sowie die Ausscheidung des Zuckers im Urin bei folgenden Erkrankungen durchforscht: Addison, Akromegalie, Dystrophia adiposogenitalis, Myxödem, Pankreasinsuffizienz, renaler Diabetes, Psoriasis, Basedow.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

700. **Die Veränderungen der Kreislauforgane im Krieg;** von O. Müller. (Württemb. Korr.-Bl. 1917. Nr. 36. S. 395.)

Die meisten Klagen beziehen sich auf Tachykardien, lebhaft empfundene Pulsationen (Steigerung der sensiblen und motorischen Erregbarkeit, vorzugsweise abnorme Reizzustände im sympathischen System). Seltener sind Bradykardien (bei schwer Erschöpften) bedingt durch vagotonische Einflüsse. Häufig sind Klagen über Schmerzempfindungen, nach Mackendzie entstehend durch Übertragung abnormer Erregungszustände durch die Rami communicantes auf eine bestimmte Zone des Rückenmarkes (Zeichnung) und weiter durch die Spinalnerven auf die Haut in der Herzgegend. — Irregularitäten und Inäqualitäten sind sehr oft funktionell bedingt, so stets die respiratorische Arrhythmie (ohne ernsthafte Bedeutung). Vorhofextrasystolen sind zu etwa 70% ebenfalls funktionell bedingt, Kammerextrasystolen aber nur in ca. 40%. Echter Pulsus irregularis perpetuus beruht wie das Vorhofflimmern in ca. 95% auf organischer Ursache, ist also ernsthaft aufzufassen. Günstiger Enfluß von Brom und Atropin spricht für funktionelle, von Digitalis für organische Natur der Unregelmäßigkeiten, für funktionelle auch das Verschwinden bei körperlicher Bewegung. — Herzneurotiker sollen womöglich gar nicht in die Heimat gebracht werden, mindestens soll dort nicht immer das Ende der Beschwerden abgewartet werden (Übungstherapie als beste Funktionsprüfung fraglicher Herzinsuffizienzen). — Viel geschadet hat der übertriebene Tabakabusus; bezüglich der Dienstbeschädigungsfrage ist in solchen Fällen besonders vorsichtig vorzugehen. Basedow ist bei schwäbischen Kröpfen besonders häufig, bei Tirolerkröpfen viel seltener; auch bei geringfügigen Symptomen kommt am ehesten Arbeitsverwendungsfähigkeit in Frage. — Es folgt Interessantes über die Frage der durch körperliche Strapazen organisch veränderten Herzen. — Die Arbeit ist der Kenntnisnahme wert.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

701. **Funktionsprüfung des Herzens mittels der Plethysmographie nach E. Weber;** von L. Dünner. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 24. S. 582.)

D. findet in seinen Versuchen die Befunde Webers bestätigt. Die Plethysmographie in der von Weber beschriebenen Weise vermag die Leistungsfähigkeit des anatomisch veränderten Herzmuskels darzulegen, Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels zu unterscheiden und den Erfolg therapeutischer Maßnahmen zu bestimmen. Vor allem aber kann man mittels der Plethysmographie organische und funktionelle Herzstörungen voneinander objektiv trennen.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

702. **Die Funktionsprüfung des Herzens in der Praxis des Arztes;** von H. Rosin. (D. med. Woch. 1917. Nr. 18. S. 547.)

R. betont die große *Wichtigkeit der Funktionsprüfung des Herzens — die Feststellung der Reservekraft des Herzens* (O. Rosenbach) —, wofür mehrere Methoden zu Diensten stehen: 1. Die Prüfung nach Muskelarbeit: 10 Kniebeugungen, danach Zählung der Pulsfrequenz, die letztere nochmals 5 Minuten später. Die Pulsfrequenz muß bei der 2. Zählung wieder gesunken sein, wenn die Funktion normal ist. 2. Prüfung mittels Blutdruckmessung: Man bestimmt den maximalen Blutdruck in der Arteria brachialis in dem Momente, wo der Radialispuls eben gänzlich verschwindet, oder mittels Auskultation, wenn der Brachialton in der Ellbogenbeuge eben verschwindet, bzw. nach Überdruck wieder auftritt. Der Erwachsene mit normaler Herztätigkeit hat einen maximalen Blutdruck zwischen 110 und 130 mm Hg. Auch die Steigerung des Blutdruckes, die durch 10 Kniebeugen bewirkt wird, muß bei gesundem Herzen 5 Minuten später zurückgegangen sein. Zu niedriger systolischer Druck in der Art. brachialis weist auf Schwäche der Herzkraft hin: Herzmuskelschwäche; zu hoher auf abnorme Steigerung der Herzarbeit: Schrumpfniere, Arteriosklerose, Mitralfehler (Hypertrophie der linken Kammer). Sinken des Druckes bei Mitralfehlern auf niedrigste normale Stufe bedeutet schon Herzschwäche. — Bei Aortenklappeninsuffizienz ist — gute Kompensation vorausgesetzt — der Blutdruck meist erheblich gesteigert, auch bei rein endokarditischen Fällen: 150—180, Hypertrophie der linken Kammer. Tritt bei Aortenklappeninsuffizienz Dekompensation ein, so kann doch der Hochdruck bis ans Lebensende dauern, besonders bei gleichzeitigem Vorhandensein von Schrumpfniere sowie von Arteriosklerose: Widerstand im arteriellen Gefäßsystem. Die Ziffern des Blutdruckes bedeuten Summe der Herzleistung und des Gefäßdruckes. 3. lassen sich Pulszählung- und Blutdruckmessung kombinieren, Methodik von Schrumpf, bzw. von Katzenstein. Die Webersche und andere Methoden werden noch besprochen, sie sind aber für praktische Zwecke weniger verwendbar und können nur in den Händen der Spezialisten Verwendung finden.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

703. **Die Wiederbelebung des Herzens mittels arterieller Durchströmung und Bluttransfusion;** von O. Zeller. (D. med. Woch. 1917. Nr. 20. S. 613.)

Die Untersuchungen an Tieren begann Z. mit physiologischer Kochsalzlösung sowie mit Locke-Abderhaldenscher Flüssigkeit, die mit Sauerstoff gesättigt war. Wirksamer erwies sich die Durchströmung mit gleichartigem Blut; es wurde meist mit physiologischer Kochsalzlösung etwas verdünntes, sowohl defibriniertes, als auch ganzes, flüssig erhaltenes (Hirudin) Blut verwendet. — Die *Wiederbelebungsgrenze der Nervenzentren* erwies sich *auf wenige Minuten beschränkt,* die *Herstellung des Herzschlages gelang auch später noch* vorübergehend. — Die primäre Herzlähmung bei Chloroformnarkose wurde meist durch Transfusion guten arteriellen Blutes prompt beseitigt. Auch bei Verblutung — Verlust von mehr als $^2/_3$ der Blutmenge — wurde beim Hunde durch arterielle Durchströmung mit Blut das Herz wieder zum Schlagen gebracht. Das Herz arbeitete dauernd, sobald genügende Füllung des Gefäßsystems mit Blut hergestellt war. Die Wiederbelebung der nervösen Zentralorgane gelingt nur, wenn die arterielle Durchströmung spätestens wenige Minuten nach dem Herzstillstand einsetzt — ähnlich wie bei Chloroformvergiftung. — Überfüllung des Blutgefäßsystems erträgt der dem Tode nahegebrachte Organismus nur in geringem Maße: Übermüdung der kaum wieder zur Tätigkeit erweckten Organe, Gefahr mechanischer Schädigung, besonders von Blutungen in die Bauch-

höhle. — Da das überdehnte Herz schwer auf Reize reagiert, soll man sich vor venöser Infusion oder Transfusion hüten, wenn der Herzschlag ganz oder nahezu aufgehört hat. — Für größere Transfusionen zur Wiederbelebung kommt *beim Menschen nur ganzes Blut, womöglich Blutsverwandter*, in Frage. — Bei sehr blutigen Operationen, besonders Aneurysmenoperationen, solle man für den Notfall alle Vorbereitungen für arterielle Transfusion treffen, nachdem vorher das Blut eines oder zweier Blutsverwandter durch Vorprüfung (W. Schulz) geeignet erfunden wurde. Kadner (Dresden-Loschwitz).

704. **Über Typhusherz**; von E. Gergely. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 22. S. 684.)

Von durch die typhöse Erkrankung bewirkten Herzveränderungen werden solche während der Fieberperiode, solche am Ende dieser und solche in der fiebertreien Zeit unterschieden. In der ersten Periode ist das Herz oft nach rechts verbreitert, manchmal ist ein systolisches Geräusch über der Mitralis bisweilen auch der Trikuspidalis zu hören; sehr selten ist dieses Symptom durch Endokarditis bedingt, sondern meist durch die rechtsseitige Herzvergrößerung, die durch das langdauernde Liegen, die verminderte Arbeit der Lunge — Stauung an der Lungenbasis — verursacht wird — febriles Herz Mackenzie (nicht durch Typhustoxine bedingt). — Eine ähnliche Erscheinung kann toxisch bedingt sein, durch Erschlaffung der das Ostium verstärkenden Herzmuskeln. Der Unterschied wird deutlich während des lytischen Fieberfalles. Die auf letzterem Wege entstandene Störung geht nicht so schnell zurück, die Herztätigkeit bleibt dabei lange labil. Während bei Fieberherz hörbare Lungenkrepitation nach tiefem Atmen verschwindet, bleibt sie bei toxischer Herzmuskelinsuffizienz bestehen und kann erstes Symptom drohenden Lungenödemes sein, besonders wenn daneben epigastrale Pulsation als Zeichen der Dilatation der rechten Herzkammer besteht, und Hypertrophie der linken ausgeschlossen werden kann. Die Prognose der Herzmuskelinsuffizienz hängt von der *Vorgeschichte* der Kranken (*Alkohol, Tabak*) und hauptsächlich von der *Reaktionsfähigkeit des Herzens auf Digitalis* ab. Das toxisch insuffiziente Herz bleibt auch bei günstigem Verlauf sehr lange schonungsbedürftig. — *Herzmuskelsymptome, die erst am Ende der Fieberperiode auftreten, sind immer von Muskelerkrankungen bedingt:* Typhusherz, typhöse Karditis. Dabei geht die Bradykardie langsam in Tachykardie über, die Pulskurve, die während des Fiebers tief unter der Fieberkurve lag, kreuzt diese und bleibt über ihr. — Herzbeschwerden, die erst nach einer gewissen fieberfreien Zeit eintreten — meist Schmerzen —, und mit Temperaturerhebung, Pulsbeschleunigung und späterem Auftreten eines Geräusches, meist systolisch über der Mitralis verbunden sind, sowie manchmal mit Vergrößerung der Herzdämpfung einhergehen, hängen von Veränderungen im Endokardium ab, die erst später auf das Myokardium übergehen.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

705. **Über bedrohliche Herzschwäche infolge okkulter Blutungen**; von Schmidt. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 19. S. 617.)

Verf. berichtet über mehrere Fälle anfallsweise auftretender Herzschwäche, bei denen als Grundlage okkulte Blutungen im Magendarmtrakt festgestellt wurden. Cordes (Berlin).

706. **Über Anfälle von Herzzügen (tachykardische Paroxysmen)**; von Leusser. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 23. S. 739.)

Fallgeschichte, in der die Heredität und Familiarität als ätiologisches Moment der tachykardischen Paroxysmen angesprochen werden muß. Als Behandlungsmethode wird Schonungs- und allgemein roborierende Therapie empfohlen. Cordes (Berlin).

707. **Der Fall von Wiederherstellung der Herztätigkeit durch intrakardiale Injektion**; von D. Dörner. (Med. Klin. 1917. Nr. 24. S. 653.)

Fallgeschichte. Bei einem in Agonie befindlichen Manne wurde 1 ccm Coffeini natr. benzoic. 20% intrakardial mit gutem Erfolge injiziert, die Injektion wurde 3mal wiederholt und hatte jederzeit vorübergehenden Erfolg. Cordes (Berlin).

708. **L'épreuve de la tachycardie d'effort**; par Ch. Aubertin. (Presse méd. 1917. Nr. 55. S. 569.)

Zur Feststellung der Herzfunktion bestimmt A. die Dyspnöe und Pulsfrequenzerhöhung, welche nach bestimmten Muskelanstrengungen auftreten, und die Zunahme der Pulsfrequenz nach Übergang von liegender in stehender Haltung. Die Resultate sind in interessanten Kurven wiedergegeben, die im Originale nachzusehen sind. Im normalen Zustande soll die Zunahme der Pulsfrequenz, die nach einer bestimmten gymnastischen Übung von der Dauer einer Minute auftritt, beim sich gleich wieder Hinlegen des Patienten am Anfang der zweiten Minute vollkommen wieder verschwunden sein. Viele organische, kompensierte Herzfehler geben eine normale Kurve. Die Verlängerung der Zeit, die die Pulsfrequenzerhöhung zum Rückgehen benötigt, kann verschiedene Kurven geben; sie deutet auf Herzmuskelschwäche und Neigung zu Herzdehnung. A. bespricht ausführlich die Bedeutung der Abweichungen in den Kurven. Man lasse sich bei der Beurteilung des Kranken nicht nur durch die Kurve leiten, da eine normale Kurve nicht beweist, daß der Patient außer Gefahr ist.
Lamers (Herzogenbusch).

709. **Über eine endemisch auftretende hämorrhagische Erkrankung des Herzbeutels. (Akute, rekurrierende hämorrhagische Perikarditis)**; von R. Hift und R. Brüll. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 24. S. 747; Nr. 25. S. 784.)

Es handelt sich um eine noch nicht beschriebene Krankheit. Sie beginnt mit einem Schmerzanfall, auf der Brust lokalisiert, von ungemeiner Heftigkeit, ohne Oppressionsgefühl oder Präkordialangst. Der Kranke ist nicht imstande, sich niederzulegen, noch weniger sich zurückzubeugen: die Schmerzen werden stärker und das Atmen schwieriger. Objektiv findet sich, außer dem geängstigten Aussehen des Kranken, nur Temperatursteigerung (selten bis 39°), Änderung der Atmung und häufig Änderung im physikalischen Herzbefund. Die Atmung besteht meist in Tachypnöe oder ist unkoordiniert, in den schwersten Fällen in einer typischen Kurve verlaufend. Am Herzen ist bisweilen, wechselnd und vorübergehend mäßige Dämpfungsverbreiterung nach links oder rechts (Abschrägung des Herzleberwinkels) zu bemerken, wechselnd bei Umlagerung; ferner Reibegeräusche, Abschwächung der Herztöne: Zeichen der Exsudation. Manchmal ergibt Probepunktion Erguß in den Herzbeutel von der Beschaffenheit einer Blutung. Daran kann sich ein perikarditischer Symptomenkomplex anschließen. Doch können auch bei wiederholten Anfällen die klinischen Zeichen einer Perikarditis fehlen. Der Anfall dauert gewöhnlich etwa 48 Stunden; danach kann langdauernd vollständiges Wohlbefinden bestehen, bis ein neuer Anfall unvermittelt auftritt. Die Ruhezeit kann allerdings durch leichte Schmerzerneuerungen unterbrochen werden. Der Anfall scheint sogar oft nur eine Ex-

azerbation eines chronischen Zustandes zu sein; die Häufung der subjektiven Störungen im Intervall kann sogar zu grob nachweisbarer akutfibrinöser hämorrhagischer Perikarditis überführen: dickflüssiges hämorrhagisches Punktat, von geringem oder größerem, zu Herzinsuffizienz führendem Umfang anwachsend, ohne daß rechtzeitige Entleerung stets den Kranken rettet. Nur die schwersten Fälle jedoch enden tödlich. Die Obduktion ergibt nebeneinander verschiedene Grade der Blutung: Ekchymosen, Fibrinbelag, Höhlenextravasat, woraus sich schließen lasse, daß auch bei den Herzbefunden im Anfall es sich nur um quantitative Unterschiede der Blutung handeln dürfte. Das hervorstechendste Moment des Anfalles ist der *Schmerz*. Er entwickelt sich meist rasch von geringer Intensität zu größter Heftigkeit, kann aber auch sofort mit dieser einsetzen, hält sich 6—12 Stunden auf der Höhe und nimmt dann allmählich ab. Dann sind gewöhnlich auch die anderen Beschwerden und das Fieber geschwunden, nur Schmerz in der linken Schulter bleibt oft länger zurück. Schwere und leichte Anfälle folgen sich ohne Regel. Die *Atmung* ist auf 30—40, sogar bis 60 Atemzüge in der Minute beschleunigt. Die Inspiration erfolgt ruckartig. Die Exspiration erfolgt sofort, wird aber unterbrochen, der Thorax steht kurze Zeit fixiert, um dann gesenkt zu werden, während die Luft hörbar entweicht. Der Thorax wird in seinen unteren Partien kaum erweitert. Der Patient scheint ängstlich bemüht, die Zwerchfellbewegung auf ein Minimum zu reduzieren: Zusammenhang von Diaphragma und Perikard. Das Luftbedürfnis wird nur durch krampfhafte Erweiterung des oberen Thorax befriedigt. In anderen Fällen besteht nur Tachypnöe. Die Dauer des *Fiebers* geht mit den subjektiven Symptomen parallel. Hohe Temperaturen lassen Übergang in schweren Krankheitszustand befürchten. — Die Änderung im physikalischen Herzbefund ist Ausdruck des Ergusses. — Der Puls ist beschleunigt; bei 10% der Kranken aber bestand Bradykardie.. Ganz vereinzelt trat während des Anfalles Herzschwäche auf. — *Als Nebenbefunde fanden sich häufig Skorbut, tuberkulöse Drüsen und Pleuritis.* — Das Intervall zwischen den Anfällen dauerte einige Male bis 1 Jahr. — Das Exsudat, das sich unter hohem Drucke entleerte, war dickflüssig, ganz blutähnlich und zeigte nur in wenigen Fällen Gerinnung. Einige Male war gleichzeitig hämorrhagische Pleuritis vorhanden. — In vielen Fällen ist das Leiden harmlos. Todesfälle betrafen nur Kranke mit Herzinsuffizienz. — Therapie: Punktion, sobald Herzinsuffizienz droht. — Bei vielen der Kranken bestand das Bild einer hämorrhagischen Diathese. — Eine Ekchymose des Perikards sei als Ursache des einzelnen Anfalles anzusehen. — Die fehlende Gerinnung des Exsudates sei auf mechanischem Wege zu erklären: das schlagende Herz, vielleicht auch der Einfluß der entzündlichen Komponente bewirke das Ausscheiden des Fibrins. — Befallen wurden nur weniger gut ernährte Personen. — Das Bestehen eines Zusammenhanges der Krankheit mit Skorbut sei nicht von der Hand zu weisen, wenn sie auch nur in der beiden Krankheiten zugrunde liegenden hämorrhagischen Diathese zu finden sei, die bei beiden die gleiche Grundlage der mangelhaften Ernährung habe. Kadner (Dresden-Loschwitz).

710. **Ein Fall von Herzruptur;** von H. Hofmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 41. S. 1298.)

H. schildert den anatomischen Befund einer tödlichen, vermutlich durch Pufferquetschung bedingten Verletzung — Herzruptur von außerordentlicher Ausdehnung, Riß des Herzbeutels, zahlreiche Rippenbrüche, Wirbelfraktur, Leberruptur — und nimmt an, daß die Herzzerreißung als reine Sprengwirkung anzusehen sei. Kadner (Dresden-Loschwitz).

711. **Über partiellen Sinusvorhofblock beim Menschen;** von H. Straub. (D. med. Woch. 1917. Nr. 44. S. 1386.)

In der mit Pulskurven und Elektrodiagrammen ausgestatteten Arbeit werden 2 Fälle einer Rhythmusstörung des Herzens geschildert, die am Arterienpuls das Bild der kontinuierlichen Bigeminus bot. Da die Kurven für das Verständnis der Ausführungen nicht zu entbehren sind, muß die Arbeit zum Selbststudium empfohlen werden. Kadner (Dresden-Loschwitz).

---

712. **Fulmargin bei Behandlung der kruppösen Pneumonie;** von A. Landecker. (Med. Klin. 1917. Nr. 16. S. 453.)

Nach Stellung der Diagnose an je drei aufeinander folgenden Tagen 5 ccm Fulmargin intramuskulär. Rascher Anstieg der Leukozytenzahl, leichterer abgekürzter Krankheitsverlauf, Hebung des Allgemeinbefindens, Entlastung der Herzarbeit.

Cordes (Berlin).

713. **Über den Reflex des M. tensor fasciae latae bei Pneumonie;** von St. Wateff. (D. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 202.)

W. fand bei einem Kinde, dessen Erkrankung den Verdacht auf Meningitis hervorrief, daß bei Prüfung des Babinskischen Plantarreflexes das Bein völlig ruhig blieb, aber eine kräftige Zusammenziehung des *M. tensor fasciae latae* erfolgte. Bei dem Kinde zeigten sich nach Aufhören der nervösen Erscheinungen die einer Pneumonie der rechten Lungenspitze. Diesen isolierten Reflex des Tensor fasciae latae fand W. von da an bei akuter Pneumonie konstant, während er bei anderen Fieberkrankheiten fehlt, obwohl die übrigen Reflexe vorhanden sind. W. nimmt an, daß der *Reflex toxischer Natur* ist. „Die Pneumonieerreger bringen Gifte hervor, die entweder elektiv das Zentrum des Reflexes des M. tensor fasciae latae in Erregung versetzen, oder aber auf die anderen Reflexe hemmend einwirken.“ Ähnlich verhalte es sich mit dem Babinskischen Reflex bei Scharlach.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

714. **Weitere Mitteilungen über die Behandlung von Lungenaffektionen mittels Vibroinhalation;** von F. Umsil. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 768.)

U. berichtet über die Erfahrungen mit der Vibrioinhalationsmethode nach Hugo Bayer an über ein halbes tausend Patienten.

Trotzdem andere Behandlungsmethoden nicht angewendet wurden, waren die Resultate durchaus befriedigende. In Verbindung mit anderen Behandlungsmethoden zeigten sich sehr günstige Aussichten bei fungösen und lymphomatösen Prozessen. Bei nicht zu fortgeschrittener Erkrankung wurde in kurzer Zeit objektiv und subjektiv Besserung erzielt. Die leichte Handhabung sowie Billigkeit der Methode, die nur geringe Störung der Erwerbsmöglichkeit bedingt, läßt diese für die Behandlung der breiten Massen als höchst geeignet erscheinen. Cordes (Berlin).

715. **Bemerkungen über das sogenannte metamorphosierende Atemgeräusch;** von L. Rieß. (D. med. Woch. 1917. Nr. 13. S. 392.)

R. erinnert daran, daß das *metamorphosierende Atemgeräusch ein gutes Kavernensymptom ist,* das mit wenigen Ausnahmen nur bei pathologischen Höhlenbildungen gefunden wird.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

716. **Beitrag zur Frage über die Differentialdiagnose zwischen extrem großen Kavernen und Pneumothorax;** von S. v. Zandrein. (Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 2. H. 1 u. 1. Nr. 4. 1917.)

v. Z. gibt folgende Regeln an, die man befolgen soll, wenn die Unterscheidung einer großen Kaverne von einem Pneumothorax in Frage kommt: Bei untypisch verlaufenden chronischen Fällen von Pneumothorax ist stets an die Möglichkeit einer großen wandständigen Kaverne zu denken; bei der Diagnose sind besonders die Erscheinungen der Bronchophonie und des Pektoralfremitus zu beachten. Die Röntgendurchleuchtung gibt keine Entscheidung. Probepunktion mit Druckmessung oder Ansaugung von vorhandenem Inhalt und mikroskopischer Untersuchung derselben sind zu befürworten. Kadner (Dresden-Loschwitz).

717. **Über den künstlichen Pneumothorax bei Lungenverletzungen;** von L. Freiacher. (Med. Klin. 1917. Nr. 30. S. 813.)

Frühzeitige Anlegung eines Pneumothorax bei Hämatothorax, 3—4 Tage lange Erneuerung desselben; erst nach 5—6 Tagen Transport des Verwundeten. Cordes (Berlin).

718. **Über die Symptomatologie der Herzfehlerlunge;** von J. Tillmann. (Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd. 2. H. 1 u. 2. Nr. 1. 1917.)

Im Anschluß an kasuistische Mitteilungen sagt T., daß oft, vielleicht meistens, die selbst hochgradigste Herzfehlerlunge, bei Abwesenheit von Dekompensationszeichen keine physikalische oder andere klinische Erscheinungen — abgesehen von Herzfehlerzellen im Sputum — macht, die direkt ihr Vorhandenssin andeuten. Vorhandene physikalische Befunde sin den oberen Teilen der Lungen, beziehungsweise eine große Lungenblutung, brauchen nur von brauner Indikation herzurühren. Sogar die allergrößten Hämoptysen können lediglich durch Lungenstauung bedingt sein. Bevor ein radiologisches prägnantes Bild hervortritt, muß die zyanotische Induration eine gewisse Entwicklung erreicht haben. Doch sei die klinische Untersuchung der Lungen bei Vorhandensein eines Herzfehlers, speziell einer Mitralstenose, stets durch Röntgenuntersuchung zu ergänzen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

719. **Zur Frage der Behandlung des Asthma bronchiale;** von F. Weicksel. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 278.)

Der neurotische Faktor in der Ätiologie des Bronchialasthmas fordert ein vorwiegend psychotherapeutisches Vorgehen. Durch schnelles Kupieren eines Anfalles mit Adrenalin und Hypophysin (Asthmolysin) gewinnt sich der Arzt ein unbedingtes Vertrauen seines Patienten und kann mit entsprechender Wirkung suggestiv vorgehen. Die Eosinophilie wird vorübergehend durch Adrenalin zurückgedrängt. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

720. **Zur Therapie der rezidivierenden Bronchitis im Kindesalter;** von K. Ochsenius. (D. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 810.)

O. sah sehr gute Erfolge bei rezidivierender Kinderbronchitis von folgender Diät: Morgens 1 kleine Tasse Kaffee mit Milch oder Kakao, dazu Gebäck; vormittags Obst, eventuell ein kleines Brötchen; mittags etwas Kaffee mit Milch, abends Butterbrod mit Belag. Die Vorschrift ist von $^{3}/_{4}$ Jahren aufwärts verwendbar. Wirksam ist dabei nur die Einschränkung der Flüssigkeitsmenge. Da die deszendierende Bronchitis immer vom Epipharynx ausgeht, sind Nasentropfen empfohlen: Argent. proteïnic., Argent. colloid. ana 0,1, Aqu. dest. ad 10,0. D. ad vitr. ampl. 3mal täglich 5 Tropfen mit Augenpipette in jedes Nasenloch zu träufeln. Anzuwenden, sobald ein Schnupfen im Anzuge ist oder manifest wird. Die günstige Wirkung der obigen Diät schreibt O. dem geringen Flüssigkeitsgehalte derselben zu (Durstkur). Kadner (Dresden-Loschwitz).

721. **Über den Einfluß der Kriegskost auf die Salzsäuresekretion des Magens bei magengesunden Menschen.** *Vorläufige Mitteilung;* von T. Böllner. (Med. Klin. 1917. Nr. 15. S. 420.)

Besserung von Zuständen von Hyperazidität und Untersuchungen des Magensaftes an 64 Magengesunden, die das Ergebnis niedererHypazidität, ja von Anazidität in einem Falle hatte. B. glaubt die Verringerung der Fleischkost haftbar machen zu sollen. Cordes (Berlin).

722. **Einfache chemische Funktionsstörung des Magens bei Pylorusstenose;** von E. Lenk. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 18. S. 569.)

Vergleichende Untersuchung des Mageninhaltes nach Zusammensetzung des Probefrühstücks mit Brot oder Brötchen. Da je nachdem Brot oder Brötchen gegeben werden, die Azidität sich änderte, fand L. in dem Verhalten der Azidität bei Vergleichen einen Hinweis auf Unterschiede im gesunden und kranken Magen. Cordes (Berlin).

723. **Die Bedeutung des Funktionsbegriffes für die Beurteilung von Verdauungskranken;** von G. Graul. (D. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 943.)

Gr. begründet eingehend die Ansicht, daß bei Abschätzung der dienstlichen Verwendungsfähigkeit Verdauungskranker neben der Organerkrankung die funktionelle Leistungsfähigkeit der Gesamtkonstitution unbedingt zu berücksichtigen ist. Kadner (Dresden-Loschwitz).

724. **Der Mechanismus der Anfangsentleerung des normalen Magens;** von E. Egon. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 21. S. 506.)

Die ersten Portionen der in den nüchternen Magen gelangenden Ingesten verlassen den Magen entweder sofort ohne Aufenthalt im Magen oder erst nach erfolgter Füllung des Magens mit Beginn der Magenperistaltik sowohl bei Kranken als auch bei völlig Gesunden. Sie beruhen höchst wahrscheinlich ohne Einfluß des Magensaftes auf mechanischen Ursachen. Die Form des Magens scheint wichtig zu sein. Cordes (Berlin).

725. **Über Kaskadenmagen;** von M. Zehbe. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1917. H. 25. S. 107.)

Atypische Sanduhrformen können dadurch entstehen, daß ein schrumpfender Prozeß die Hinterwand des oberen Magenpols quer rafft und an das Magendach heranzieht, so daß eine hinten oben gelegene Schale und ein von ihr herabhängender Magenschlauch entsteht; beide Teile füllen sich nacheinander. Zur Erkennung dieser Kaskadenformen ist Frontaluntersuchung erforderlich. Kautz (Hamburg).

726. **Chronische Reizzustände der Leber;** von G. Besold. (Therap. Monatsh. 1917. H. 7. S. 297.)

B. macht auf einen Symptomenkomplex aufmerksam, dem er des öfteren begegnet ist und der die Trias: Dickdarm, Leber, Herz umfaßt; d. h. Dickdarmkatarrhe, druckempfindliche, bisweilen vergrößerte Leber und Herzbeschwerden, besonders Irregularität. Ein chronischer Dickdarmkatarrh soll der Leber chemisch und bakteriologisch schädigende Stoffe liefern, die zu Entzündung der Gallenwege, des Interstitiums und Parenchyms führen können. Es gesellen sich oft dazu chronisch-arthritische oder uratisch-gichtische Stoffwechselanomalien. Auch der Ausgang in Zirrhose kommt vor. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

727. **Zum Verlauf und der Behandlung schwerer Spulwurmerkrankungen;** von Steber. (D. med. Woch. 1917. Nr. 33. S. 1040.)

St. beschreibt einen Fall von Wurmileus, der durch Operation geheilt wurde, und einen zweiten, der tödlich endete. In dem letzten war die Einwirkung der Würmer vorwiegend toxischer Art. — Am wirksamsten erwies sich das Oleum Chenopodii.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

728. **Über Trichozephaliosis mit besonderer Berücksichtigung des praktischen Nachweises von Parasiteneiern im Stuhl;** von Telemann und Doehl. (D. med. Woch. 1917. Nr. 33. S. 1037.)

Da der mikroskopische Nachweis der Trichozephaliosis oft schwer zu erbringen ist, empfehlen T. u. D. die *Anreicherung der Parasiteneier in den Fäzes* und geben dafür ein besonderes Verfahren, dessen Kenntnisnahme in dem leicht zugänglichen Originale empfohlen wird. — Die Untersuchungen führten nicht zu einer Entscheidung der Frage, ob von deutschen Heeresangehörigen bei Grabenteilnehmern ein höherer Prozentsatz von Trichozephalusinfektionen eintritt, als bei den in Etappe und Heimat Verbliebenen. Wohl aber zeigte sich ein *deutlicher Einfluß der Beheimatung der Heeresangehörigen:* 45% Ostpreußen, 60% Schleswig-Holstein, Brandenburg nur 27%. Auch gewisse Berufe zeigten sich mehr exponiert: Bergleute 58%, Fischer 55%, landwirtschaftliche Arbeiter u. ähnl. 52%, gelehrte Berufe 30%, Beamte 29%, Kaufleute 25%. Kadner (Dresden-Loschwitz).

729. **Bemerkenswerte Befunde bei Trichinose;** von C. Maase und H. Zondek. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 968.)

In 3 tödlich verlaufenen obduzierten Fällen von *Trichinose* beobachteten M. u. Z. bisher nicht bekannte Symptome. — Die Erkrankung trat schon 15—20 Stunden nach Genuß des trichinösen Fleisches unter gastrointestinalen Erscheinungen auf. Nach mehrtägiger Besserung heftige Verschlimmerung unter hohem Fieber, Muskellähmung, enormen Ödemen, auch der Glottis, stark juckenden Exanthem. Am 10. Tage bei dem weniger stürmisch verlaufenden Fall neben Gesamthyperleukozytose von 15000—18000 *Eosinophilie von 23% auf 45% steigend.* Bei dem schwersten durch Schrumpfniere komplizierten Fall anfangs normale, später mäßig gesteigerte Leukozytose, aber *niemals Eosinophilie,* anfangs sogar Aneosinophilie. Dagegen am Tage vor dem Tode basophile Granulation sämtlicher polynukleärer Leukozyten. Mastzellentypus nicht vorhanden. — Die Patienten leiden etwa vom Ende der zweiten Woche an an enormem Metrorismus. Sektion: schwere schleimige Kolitis und Ochronose des Dickdarms. — Schon kurz nach Beginn der Erkrankung und anhaltend enorme Blutdrucksenkung und Kreislaufschwäche auch bei der Schrumpfnierepatientin von 240 mm Hg auf 50 mm Hg, bei einem anderen Kranken von 150 auf 70—80 mm Hg. Selbst bei erkrankten Soldaten, die die Trichinose schon vor 1/4 Jahr überstanden hatten, bestand noch Erniedrigung auf 85—90 mm Hg. Die Blutdrucksenkung war durch energische Vasomotorenreizmittel (Adrenalin, Strychnin) nicht zu beeinflussen. Bei der Obduktion fanden sich *keine Trichinellen im Herzfleisch,* nur geringe parenchymatöse Trübung. Also toxische Vasomotorenwirkung. — *Die Widalsche Agglutinationsreaktion war bei den Kranken, obwohl sie nie gegen Typhus geimpft waren, auch keinen Typhus überstanden hatten, stark positiv, 1 : 400; die Fickersche Reaktion dagegen negativ.* — Die Jodreaktion der Leukozyten war enorm stark.
Kadner (Dresden-Loschwitz).

730. **Über Erythrozytose und chronischen Alkoholismus;** von F. W. Tallquist. (Ther. d. Gegenw. 1917. H. 7. S. 246.)

Unter bestimmten Verhältnissen ruft chronischer Alkoholismus eine Polyglobulie hervor, eine Erythrozytose, die nur selten mit subjektiven Beschwerden einhergeht. Die Bedingungen, unter denen die Erythrozytose zustande kommt, sind noch ungeklärt. Hinweis auf etwaige Bedeutung des Alkohols als therapeutisches Mittel bei bestimmten Anämieformen.
Geppert (Hamburg-Eppendorf).

731. **Über hämorrhagische Diathese — Purpura symptomatica und Skorbut — bei Typhus abdominalis, Paratyphus A und Paratyphus B;** von A. Herz. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 22. S. 675.)

Die beobachteten Fälle von *Typhus* und *Paratyphus mit Neigung zu Blutungen* scheidet H. in 2 Gruppen, eine mit dem Bilde des hämorrhagischen Typhus, eine zweite mit dem des Skorbuts — unterschieden besonders durch das Verhalten des Blutes. — In der ersten Gruppe gibt es Fälle mit hämorrhagischem Exanthem, welches dem bei exanthematischem Typhus gleicht, in der zweiten Fälle ähnlich einer Purpura haemorrhagica: die Blutungen betreffen besonders die unteren Extremitäten und sind um die Follikel angeordnet. Von Schleimhautblutungen ist die Epitaxis häufig. Blutungen in die Muskulatur fehlten. In die dritte Gruppe gehörten die Fälle von asthenischem Typus — mit Blutungen, die durch den schlechten Allgemeinzustand bedingt sind, Purpura cachecticorum. — Von Interesse sind das Ergebnis der Beobachtung des morphologischen Blutbildes, und die Ergebnisse der Gerinnungsbestimmungen. Die *Zahl der Blutplättchen war bei allen Kranken vermindert,* die extravaskuläre Blutgerinnung eher beschleunigt. Der Blutkuchen retrahierte sich nicht oder verspätet (wie Purpura haemorrhagica: Denys, Hayem, Frank). Die Blutungszeit war auf der Höhe der Erkrankung verlängert. Neben der starken Verminderung der Blutplättchen sieht H. *eine Schädigung der kleinsten Gefäße als wichtigste Ursache der hämorrhagischen Diathese bei Typhus bzw. Paratyphus an.* Die erstere wird durch Einwirkung eines Toxins auf das Knochenmark, die letztere durch das Gift der Typhusbazillen bewirkt. — Für die *Skorbutepidemie* nimmt H. eine *Allgemeinursache* an; für einen Teil der Fälle sei die vorausgehende Typhusinfektion die unmittelbare Veranlassung oder ein unterstützendes Moment gewesen. *Eine besondere ursächliche Beziehung zwischen Typhus, bzw. Paratyphus und Skorbut bestehe nicht.* — Die Blutuntersuchung bei in der Rekonvaleszenz nach Typhus und Paratyphus an Skorbut erkrankten Soldaten zeigte ein typisches Verhalten

der Leukozyten. Die absoluten und relativen Werte der Leukozyten waren stets auf Kosten der polymorphkernigen Neutrophilen erhöht, und blieben es noch mehrere Wochen nach abgelaufener Infektion. Das gleiche zeigten Skorbutfälle, denen keine Infektion vorausging. Die Blutplättchen waren anfangs in normaler Zahl vorhanden und stiegen bald noch bei Bestehen der Skorbutsymptome zu übernormalen Werten: vielleicht Schutzvorrichtung des Organismus gegen Blutungen. Da die Blutuntersuchungen das Zustandekommen der Blutungen bei Skorbut nicht erklären, nimmt H. an, daß schwere Ernährungsstörungen in der Wand der Gefäße bei dieser Krankheit eine große Zerreißlichkeit derselben zur Folge haben.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

732. **Über die Behandlung der perniziösen Anämie mit adsorbierenden Stoffen;** von L. Lichtwitz. (D. med. Woch. 1917. Nr. 43. S. 1360.)

Aus einer Kasuistik von 6 Fällen schließt L., daß *die perniziöse Anämie durch adsorbierende Stoffe,* insbesondere durch Carbo animalis *Merck* (20 g sind ausreichend) *in der günstigsten Weise zu beeinflussen ist.* Der Erfolg dieser Therapie sei ein Beweis für die ätiologische Bedeutung der gastrointestinalen Autointoxikation. Kadner (Dresden-Loschwitz).

733. **Zungenveränderungen und Zungensensationen als Früh- und Begleitsymptom bei perniziöser Anämie;** von L. Zimmermann. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 18. S. 577.)

Z. berichtet über Gefühle des Wundseins auf der Zunge und im Rachen oder Veränderungen der Papillen, die in einfachen Rötungen, auch vereinzelt aphtenähnlichen Effloreszenzen, seltener Bläschen oder flachen Defekten bestanden. Er betont, daß er auf Grund seiner Beobachtungen (Fälle) diese Veränderungen als allein bei perniziöser Anämie vorkommend fand und deshalb als wertvolles Diagnostikum verwertet werden könne. Cordes (Berlin).

734. **Die splenogene Leuko-Myelotoxikose;** von E. Frank. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 24. S. 573.)

Wertvolle Kasuistik. Die Grundlage der Bantischen Krankheit sei zu suchen in der chronischen sog. „Hypoleucia splenica". Das Narbenstadium der Leberzirrhose ist ein unspezifischer Ausgang. Fr. hält bei Milztumoren mit bestehender Leukopenie oder subnormalen Leukozytenwerten die Bestrahlungstherapie für kontraindiziert, da der zunehmende Schwund der neutrophilen Zellen für den Organismus verhängnisvoll werden kann. („Sepsis ex neutropenia".)

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

735. **Über die Resistenz der einzelnen Leukozytenarten des Blutes gegen Thorium-X;** von G. Rosenow. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 24. S. 577.)

Das Thorium-X übt nur eine geringfügige Wirkung auf das lymphoide Gewebe aus; dagegen sinken die Leukozytenwerte sehr erheblich. Die Thorium-X-Therapie kommt also nur bei Myelämien in Betracht.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

---

736. **Die Nierenkrankheiten in neuerer Gruppierung;** von F. Schilling. (Würzb. Abh. Bd. 17. H. 1 u. 2. 1917.)

Sch. bringt ausgehend von dem Gedanken, daß die pathologisch-anatomische Grundlage als Einteilung der Nierenkrankheiten nicht für alle Fälle ausreicht, eine neue Einteilung. Er spricht von Nephropathien auf formativer, auf metabolischer, auf vaskulärer, auf entzündlicher Basis und reiht diesen die Vorderniere, das Nierentrauma, Pyelitis und Nephropyelitis, die Nephrolithiasis, sowie Lage- und Formanomalien an. Die Einteilung erscheint in ihrer Begründung nicht immer ganz glücklich und ohne Zwang.

Cordes (Berlin).

737. **Über Begutachtung von Nierenkranken;** von Schulz. (Med. Klin. 1917. Nr. 14. S. 391.)

Zusammenfassender Vortrag, der besonders das Verantwortungsgefühl betont, daß der Arzt bei der Begutachtung auf sich nimmt und die richtige Klassifikation als Grundlage der Begutachtung bezeichnet.

Cordes (Berlin).

738. **Beitrag zur Kenntnis der Malarianephritis;** von P. Erdélyi und J. Kurz. (Med. Klin. 1917. Nr. 13. S. 368.)

Auf Grund ihrer Ausführungen halten es E. u. K. als erwiesen, daß Nephritiden bei Malaria tatsächlich unter dem Bilde einer speziellen Lokalisation des Parasiten in der Niere auftreten können.

Cordes (Berlin).

739. **Über Albuminurie beim Stehen;** von L. F. Meyer. (Med. Klin. 1917. Nr. 17. S. 470.)

Bei 21% der untersuchten Infanteristen nach $^1/_2$stündigem Stehen hoher Eiweißgehalt mitunter Hämaturie und Zylindrurie. Vorbedingung: Lordose, asthenischer Habitus, individuelle Nierendisposition. Ätiologisch kommt eine Abklemmung der Vena cava inferior, die eine Stauungsniere verursacht, in Betracht. Cordes (Berlin).

VII. Kinderheilkunde.

740. **Die künftige Gestaltung der Ernährung gesunder und kranker Kinder bis zum zweiten Lebensjahre;** von L. Langstein. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 20. S. 292.)

Das Reichsernährungsamt und die Reichsfettstelle hat unter Mitwirkung von Sachverständigen, darunter L., die Ernährung gesunder und kranker Kinder der ersten beiden Lebensjahre gesichert. Das Ergebnis der Beratungen ist in einem Merkblatt niedergelegt, so daß auf die Einzelheiten nicht näher eingegangen zu werden braucht. Brückner (Dresden).

741. **Über balneologisch-klimatische Kuren im Kindesalter;** von O. Heubner. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 6. S. 233.)

H. ist der Ansicht, daß die deutschen Heilquellen und Kurorte unserer Kinder besser ausgenutzt werden könnten. Aus dem Schatze seiner reichen Erfahrung heraus schildert er die Krankheitszustände, welche dafür in Betracht kommen und gibt die Indikationen an für die verschiedenen Kurorte, welche mit Vorteil besucht werden. Die dankenswerte Arbeit dürfte für jeden Praktiker von Wert sein und der Anwendung

balneologischer Kuren bei Kindern, welche unter dem Einflusse der jüngeren Pädiatrie etwas zu sehr in den Hintergrund gedrängt worden sind, wieder etwas mehr Geltung verschaffen. Brückner (Dresden).

742. **Frauenmilch bei Erkrankungen jenseits des Säuglingsalters;** von L. Langstein. (Therap. Monatsh. 1917. Nr. 3. S. 102.)

L. empfiehlt auch bei Kindern jenseits der Säuglingsperiode, d. h. bei $1^1/_2$ und bis zu 2jährigen Kindern das Geben von Frauenmilch in Quantität von 500—600 g, freilich mit hinzugefügten anderen wichtigen Nährstoffen, Fleisch, eventuell auch Nutrose, Plasmon, Reis, Gerste. Diese Therapie lange genug, mindestens 4 Monate fortgesetzt, ergibt gute Resultate bei Verdauungsstörungen, insonderheit bei intestinalem Infantilismus. Cordes (Berlin).

743. **Zur Kasuistik und Therapie der Rumination im Säuglingsalter;** von L. Laudé. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 3. S. 196.)

L. bespricht ausführlich die Symptomatologie und Therapie der Rumination nach 5 Erfahrungen aus der Göttinger Kinderklinik. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß sich das Leiden nicht einheitlich erklären läßt und wohl seine Entstehung einer organischen und einer psychischen Komponente verdankt, ähnlich wie der Keuchhusten. Je nach dem Überwiegen der einen oder der anderen Komponente hat die Behandlung auf eine den Magen wenig belastende oder auf eine mehr psychische Behandlung Bedacht zu nehmen.
Brückner (Dresden).

744. **Eigenartiges Herzphänomen bei einem spasmophilen Kinde;** von J. Schwenke. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 3. S. 191.)

Ein spasmophiler 1jähriger Knabe mit eingeklemmtem Herz, bekam Anfälle stark erregter Herztätigkeit, von welchen Sch. annimmt, sie seien eine „wohl charakterisierte bisher noch nicht beschriebene Erscheinungsform der spasmophilen Diathese".
Brückner (Dresden).

745. **Über die Kalktherapie bei Spasmophilie;** von M. Bochenheimer. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 3. S. 184.)

Die Kalkbehandlung der Spasmophilie erfordert große Dosen, wie schon Blühdorn angab. Eine Schädigung wurde in der Göttinger Kinderklinik entgegen den theoretischen Einwänden von Schloß nicht beobachtet. In akuten Fällen gibt Göppert zunächst 4—5mal in 1stündigen Pausen 1 g $CaCl_2$ (10 ccm der 10proz. Lösung), später 3—4stündlich, so daß am 1. Tage 9 g verbraucht werden. Will man Calcium lacticum verwenden, so läßt man der Milch 5—6mal einen gehäuften Teelöffel (25—30 g pro die) zufügen. Dann geht man allmählich herab auf 5 g Calc. chloratum oder 22 g Calcium lacticum, später auf 3 g bzw. 12—15 g. Die seit Blühdorns Veröffentlichung gewonnenen Erfahrungen werden von B. bestätigt, welcher die der Mitteilung zugrunde liegenden Krankengeschichten in seiner Dissertation zusammengestellt hat. Brückner (Dresden).

746. **Zur Frage der Leberzirrhose im Säuglingsalter;** von O. Rossert. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 3. S. 174.)

R. beschreibt einen an der Brust genährten Säugling mit hypertrophischer, nicht luetischer Leberzirrhose, die von einem Diabetes begleitet war. Bemerkenswert ist das jugendliche Alter. Die ersten Erscheinungen traten in der 11. Lebenswoche auf. — R. bespricht die für die Differentialdiagnose in Betracht kommenden Zustände.
Brückner (Dresden).

747. **Obscure symptoms of rheumatism in children;** by J. A. Colliver. (Calif. State Journ. of Med. Jan. 1917. S. 18.)

Der Rheumatismus der Kinder ist besonders für das Herz verhängnisvoll; in 90% der Fälle finden sich Herzveränderungen.

Ausgesprochene Arthritis ist bei Kindern selten. Knoten sieht man in Amerika selten, in England häufiger. C. hat oft bei kindlichem Rheumatismus stecknadelkopfgroße Knötchen, in Haufen von 7—15 zusammenstehend, an Hand- und Fußflächen, besonders an Finger- und Zehenspitzen beobachtet; sie verschwinden nach 3—7 Tagen wieder. Oft ist das Nervensystem im Zustande der Reizbarkeit, ohne daß eine ausgesprochene Chorea besteht; ungezügeltes Temperament kann auch zuweilen auf Rheumatismus zurückgeführt werden. Fischer-Defoy (Dresden).

748. **Tuberkulinstudien bei Kindern;** von J. Cronquist. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 85. H. 1. S. 1.)

Nach den Mißerfolgen mit Alttuberkulin Koch setzten die Kinderärzte die Behandlung unter vorsichtiger Dosierung fort. Die Resultate waren besser.

Cr. untersucht den therapeutischen Wert an einer größeren Anzahl Kinder und bezeichnet als verbessert solche, die nach Abschluß der Behandlung keine klinischen Krankheitszeichen mehr boten, als geheilt die, die klinisch geheilt sind und negativen Pirquet aufwiesen. Er behandelte von 395 tuberkulösen Kindern 267 mit 128 ohne Anwendung von Tuberkulin. Von den mit Tuberkulin behandelten sind nur 29—10,8%, von den nicht tuberkulinisierten 40,6% gestorben.

Bei der Behandlung ergaben sich günstigere Resultate für die Sommerkinder, gegenüber den Winterkindern. Daraus ergibt sich, daß die Luftkur ein wesentlich unterstützendes Moment der Behandlung ist, daß aber die Tuberkulinkur die Zahl der Geheilten im Winter wesentlich erhöhte. Die Wirkung der Pirquetreaktion wird nach Cr. unterstützt durch Beranecksches Tuberkulin und durch Aussetzung der Lichtwirkung. Ein Jahr nach der letzten Tuberkulindosis negativer Pirquet, bleibt immer negativ.

Epilepsie, sehr ausgedehnte Tuberkulose, Fieber und Nierenkrankheiten bezeichnet Cr. als Kontraindikation für Tuberkulinbehandlung.

Die Initialdosis war immer 0,00001—0,00002 g Alttuberkulin. Die Einspritzung erfolgte 2mal wöchentlich.

Cr. glaubt annehmen zu sollen, daß das Tuberkulin in dem tuberkulösen Organismus Stoffe erzeugt, die direkt heilend auf das tuberkulöse Gewebe wirken, vielleicht so, daß sie die giftigen Absonderungen der Tuberkelbazillen neutralisieren. Cordes (Berlin).

749. **Über Mißbildungen am Herzen und an den Augen beim Mongolismus des Kindes;** von Cassel. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 7. S. 159.)

Nach C. ist der Mongolismus der Kinder von der Rachitis congenita (Chondrodystrophia foetalis), dem sporadischen Kretinismus und dem Myxödem streng zu trennen. Die Mongolisten haben einen eigentümlich geformten mikrozephalischen Schädel — Okziput und Stirn flach, fast einander parallel, hervorstehende Jochbeine, schlitzförmige, schief gestellte Augen; meist Nystagmus. Gesattelte, knopfförmige Nase, fleischige Zunge zwischen den Zähnen hervortretend, mit Quer-

riefen (Lingua scrotalis). Die Thyreoidea meist hypoplastisch, daher die Trachea am Halse leicht zu fühlen. Bauch unförmig, Nabelpforte lange offen, verspäteter Descensus testiculorum, oft Leistenbruch. Enorme Schlotterigkeit der Gelenke, vielerlei Mißbildungen: Herzfehler, Mißbildungen der Ohren, Gaumenspalten, Syndaktylie. Defekte der Intelligenz. Laufen und erste Sprechversuche erst im 3. Lebensjahre. Temperament auffallend agil. Mongolisten sind wenig lebensfähig, sterben meist im 1. Lebensjahre, ältere sind sehr empfindlich, namentlich gegen Tuberkulose. In der Ätiologie spielen Lues, Alkoholismus, Tuberkulose, Blutsverwandtschaft der Eltern gar keine Rolle. Sie sind „exhausted products", die letzten einer zahlreichen Kinderschar, Frühgeborene, von Eltern vorgerückten Alters abstammend usw. — Von angeborenen Herzfehlern sind Septumdefekte und offener Ductus Botalli besonders häufig (Siegert). Die Diagnose des Vitium cordis congenitum gründet sich auf gewisse Kardinalsymptome, von denen das untrüglichste die Blausucht ohne Ödeme ist. Sie erscheint nicht selten nur in den ersten 3—8 Lebenstagen. Erscheint sie später, so kann sie dauernd bestehen, oder in Paroxysmen auftreten; sie ist meist verbunden mit der Erscheinung der Trommelschlägelfinger. Geräusche am Herzen sind meist systolisch und abnorm laut; nicht immer ist das Herz vergrößert. — C. gibt einige Krankengeschichten, auch 3 Fälle, bei denen angeborener Totalstar bestand. — Die Therapie kann nur in entsprechender Pflege bestehen. Thyreoidin bringt keinen Erfolg. Kadner (Dresden-Loschwitz).

750. **Therapeutische Vorschläge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde;** von F. Göppert. (Therap. Monatsh. 1917. S. 69.)

Als symptomatische Behandlung der Adenoide folgende Salbe für die Nase: Liqu. alum. acet. 2,0, Adip. lan. 10,0, Paraff. liqu. ad 20. Die gleiche Salbe kommt auch für nässende Ekzeme in Anwendung, eventuell unter Zusatz von 10% der synthetischen Suprareninlösung 1 : 1000. Beschreibung einer Übungstherapie bei rachitischen Brust- und Rückendeformitäten. Für die Behandlung der asthmatischen Erkrankung empfiehlt G. zur Beseitigung des Blähungszustandes eine passive Verstärkung des Expiriums durch seitlichen Händedruck am Thorax. Im akuten Stadium Kalzium und Urethan, praktische Verordnung: Sol. Urethan. 6,0 : 30,0, Chloralhydrat 0,5, Sir Rub. Id. ad 60 (20—30 ccm im Anfall) je nach dem Alter. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

VIII. Nervenheilkunde.

751. **Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre;** von G. Heilig. (Med. Klin. 1917. Nr. 29. S. 788.)

Fallgeschichte. Behandlung mit Injektion von physiologischer Kochsalzlösung nach der Punktion in den Duralsack; dienstfähige Wiederherstellung des Patienten. Cordes (Berlin).

752. **Parameningokokken-Meningitis;** von Pollag. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 24. S. 771.)

Bei einer beobachteten Häufung von Meningitisfällen wurden in der Zerebrospinalflüssigkeit Gramnegative Diplokokken gefunden, die P. als Parameningokokken bezeichnet. Cordes (Berlin).

753. **Eitrige Meningitis nach Kopfverletzungen;** von Hansemann. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 31. S. 742.)

H. bespricht im Anschluß an durch Luftdruck usw. veranlaßte Verletzungen der Lamina cribrosa entstehende Meningitiden und ergänzt seine Darlegungen durch 3 Sektionsprotokolle. Cordes (Berlin).

754. **Eine durch Diphtheriebazillen hervorgerufene eitrige Meningitis;** von St. Sterling. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 21. S. 503.)

Fall, in dem eine eitrige Meningitis bei einem 8jährigen Kinde im Anschluß an Diphtherie entstand. St. betont, daß der Diphtheriebazillus verbreiteter ist als allgemeinhin angenommen wird und daß es daher epidemiologisch wichtig sei, im Krankenhaus jedes Kind daraufhin zu untersuchen. Auch jeder Fall einer Nasen- und Ohreiterung ist diesbezüglich zu untersuchen. Jeder Fall mit Diphtheriebazillen soll bis zur Entfernung der Bazillen im Krankenhause bleiben, zur Beschleunigung dieser darf das Heilserum nicht vergessen werden. Cordes (Berlin).

755. **Über Influenzameningitis;** von W. Tobler. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 28. S. 881.)

5 Monate altes Kind mit kongenitaler Lues, bei dem zunächst die Diagnose auf Rhinopharyngitis und Bronchitis diffusa gestellt war. Es kam zu einer Meningitis und Peritonitis. Nach den bakteriologischen Untersuchungen handelte es sich um Influenzabazillen. Es hatte also eine direkt durch die Siebbeinplatte von der Nase aus erfolgte Infektion der Meningen und eine von da aus auf dem Blutweg übermittelte Infektion des Peritoneums vorgelegen. Jolly (Halle).

756. **Bijdrage tot de diagnose en behandeling der meningitis cerebro-spinalis epidemica;** door F. J. Hagen. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1917. 2. Hälfte Nr. 11. S. 963.)

Erfahrung während des letzten Jahres an 24 Fällen, von denen 8 starben und 16 heilten, abgesehen von geringen Augen- und Ohrenstörungen, alle ohne bleibende Schädigungen. In 22 Fällen konnten Meningokokken in der Lumbalflüssigkeit nachgewiesen werden, in einem Falle auch im Blute. Von allen Patienten, hauptsächlich Soldaten, wird kurz die Behandlung (Lumbalpunktionen und Serumeinspritzungen) mitgeteilt. H. ist zur Überzeugung gelangt, daß zuerst eine Überschwemmung des Blutes mit Keimen stattfindet (Sepsis) und daraus sich die Meningitis lokalisiert, ein ähnlicher Vorgang wie bei der kruppösen Pneumonie. Er hat besonders den Hautveränderungen besondere Beachtung geschenkt, die im Anfange der Erkrankung selten fehlen und die Diagnose erleichtern. Das Vorkommen eigentümlicher, charakteristischer schwarzblauer Hautflecke bei plötzlich schwer Kranken.

Die Diagnose der Meningitis cerebrospinalis epidemica läßt sich nur durch die Lumbalpunktion mit Sicherheit stellen. Genickstarre fehlt im Anfang der Krankheit oft. Bei klarer Lumbalflüssigkeit und typischen schwarzblauen Hautflecken bei schwerkranken Patienten gebe man Antimeningokokkenserum unter die Haut. Während der ersten 3—4 Tage mache man stets, wenn möglich, eine reichliche Lumbalpunktion und spritze nachher Serum ein. Ergibt die Punktion nur geringe Flüssigkeitsmengen, so verabreiche man das Serum unter die Haut. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung mache man nur noch Lumbalpunktionen. Lamers (Herzogenbusch).

757. **Zur Übungsbehandlung der tabischen Ataxie;** von R. Friedländer. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. S. 33. 1917.)

Eingehende Schilderung der Übungsbehandlung. Bedingung eines Erfolges ist ein Zeitraum von mindestens 3 Monaten. In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle von leichterer und mittlerer Ataxie, besonders bei intelligenten, energischen und vor ihrer Erkrankung an körperliche Übungen gewöhnten Patienten sind die Resultate durchaus erfreulich und der Erfolg von Dauer. Jolly (Halle).

758. **Ein Fall von Polymyositis (Dermomyositis) meningococcica;** von H. Schloßberger. (Med. Klin. 1917. Nr. 19. S. 529.)

Russischer Zivilarbeiter. Hohes Fieber mit hochgradiger Schmerzhaftigkeit der Gliedmaßen. Bei der Sektion einzelne Muskeln des Unterarms und sämtliche tiefe Muskeln des Oberarms, Musculus plantaris, rechte Wade dunkelrot, hochgradig durchfeuchtet. Kultur in Abstrichen und in Schnitten der erkrankten Muskeln ergab Meningokokken. Jolly (Halle).

759. **Amyotonia congenita (Oppenheim) kombiniert mit Trophoédème chronique (Meige);** von H. Higier. (Neur. Zentralbl. 1917. Nr. 11. S. 443.)

Bei dem 12 Wochen alten Knaben nimmt H. an, daß neben der Affektion der motorischen Vorderhornzellen, die wahrscheinlich der Amyotonie zugrunde liege, es sich um eine analoge kongenitale Läsion der angrenzenden vasomotorischen und trophischen spinalen sympathischen Ganglienzellen handele. Die Amyotonie und das Trophödem wären somit als pathogenetisch koordinierte Krankheitsprozesse aufzufassen, deren anatomisches Substrat in den Vorder- und Seitenhörnern des Rückenmarkgraues zu suchen sei. Jolly (Halle).

760. **Zur Psychologie der vorderen und hinteren Zentralwindung und der Parietalwindungen;** von M. Minkowski. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 12. S. 354.)

M. nahm beim Affen Abtragungen der vorderen bzw. hinteren Zentralwindung und der angrenzenden Gebiete unter möglichster Berücksichtigung der anatomischen und zytoarchitektonischen Verhältnisse vor und studierte die Ausfallserscheinungen durch lange fortgesetzte Untersuchungen. Auf die interessanten Ergebnisse kann in einem kürzeren Referat nicht eingegangen werden. Jolly (Halle).

761. **Paraplégie crurale par tumeur médullaire. Operation. Guérison;** par H. Brunschweiler. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 15. S. 449.)

Intravertebrales, extradurales Sarkom, das eine Kompression des 7. bis 9. Dorsalsegments, sowie der 6. und 5. Dorsalwurzel rechts bewirkt hatte. Jolly (Halle).

762. **Sensibilitätsstörung im Gesicht bei kortikaler Läsion durch Schußverletzung;** von F. Kramer. (Neur. Zentralbl. 1917. Nr. 8. S. 329.)

Schrapnellverletzung der linken Schädelseite in der Mitte zwischen Mittellinie und Ohransatz, Dura eingerissen. Parese des rechten Arms. Leichte motorische Sprachstörung (vorübergehend), Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung an der rechten Gesichtshälfte, keine Störungen für Berührung. An der Hand rechts, besonders am Daumen, Berührungen unsicher wahrgenommen, Schmerzempfindung herabgesetzt, Temperaturempfindung frei, Stereognose gestört. Jolly (Halle).

763. **Tod im Status epilepticus infolge von Lues;** von K. Hochheim. (Zentralbl. f. inn. Med. 1917. Nr. 13. S. 202.)

Mitteilung eines Falles von schwerer, im Status epilepticus tödlich endender Epilepsie bei einem 21jährigen Manne, der 1 Jahr vorher luetisch infiziert worden war. Die Autopsie ergab eine Pachymeningitis haemorrhagica int. und eine erbsgroße, jedenfalls gummöse Geschwulstbildung im rechten Stirnhirn. Es liegt demnach einer der selteneren Fälle vor, bei denen schwere Hirnaffektionen sich bereits im Sekundärstadium ausbilden. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

764. **Trophische Störungen nach Verletzung peripherer Nerven mit besonderer Berücksichtigung der Knochenatrophie;** von E. Maliwa. (Med. Klin. 1917. Nr. 26. S. 704.)

Die ersten Erscheinungen der Knochenatrophie zeigen sich an jenen Knochen, die von den vom lädierten Nerven innervierten Muskeln bewegt werden. Bei älteren Atrophien, die an Extensität wie Intensität zugenommen haben, ist der höhere Grad der Atrophie zumeist in diesem primären Bereich zu erkennen. Die Bemerkung M.s, daß bei alten hysterischen Lähmungen mit wirklicher Inaktivität Knochenatrophie ausbleibe, ist nach den Erfahrungen des Ref. nicht zutreffend. Jolly (Halle).

765. **Die Heilung der hysterischen Erscheinungen in Wachsuggestion;** von Oehmen. (D. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 463.)

Oe. legt das Hauptgewicht auf eine entschlossene Wachsuggestion und einen sofortigen Erfolg in wenigen Minuten oder Sekunden. Dieselbe wird teilweise mit Anwendung des faradischen Stromes kombiniert. Von 192 Fällen waren 159 als geheilt oder von den groben Erscheinungen befreit. Jolly (Halle).

766. **Neurosenheilung nach der Kaufmannschen Methode;** von M. Raether. (D. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 321.)

R. wendet nur faradische Ströme an, und zwar nur mäßig starke Ströme. Er berichtet über sehr günstige Erfolge. Über 100 Fälle habe er in einer Sitzung geheilt. Jolly (Halle).

767. **Heilung funktioneller psychogener und motorischer Leiden;** von Dub. (D. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 293.)

Die Patienten werden in ein dunkles Zimmer geführt, die Augen werden ihnen verbunden. Auf dem Untersuchungstisch festgeschnallt wird mit einem Ätherrausch begonnen, nachdem ihnen vorher gesagt war, sie würden beim Erwachen ihr Leiden los sein. Im Schlaf werden sie losgeschnallt und auf eine Decke auf den Fußboden gelegt. Im Augenblick des Wachwerdens kann ein hysterischer Anfall auftreten; sobald Patient ganz wach ist, wird ihm nochmals gesagt, daß sein Zittern ganz verschwunden sei, oder daß er jetzt gehen könne. Bleibt der Erfolg aus, so beginnt man mit einem 2. oder 3. Rausch. Bei ganz hartnäckigen Fällen wird noch ein Emetikum gegeben, sobald die Patienten zu Bett liegen. Bei 88 Fällen habe er einen vollen Erfolg erzielt. Jolly (Halle).

768. **Die Bedeutung kleiner Anfälle (Absenzen — petit mal) bei Kindern und Jugendlichen**; von P. Schröder. (Med. Klin. 1917. Nr. 17. S. 467.)

Besprechung der gehäuften kleinen Anfälle bei Kindern und Jugendlichen, die auch als pyknoleptische Anfälle bezeichnet werden, der differentialdiagnostisch in Frage kommenden Zustände bei Epilepsie und Hysterie, der eklamptischen Anfälle bei Spasmophilie, der Anfälle bei Rindenepilepsie und der funktionellen Rindenkrämpfe. Jolly (Halle).

769. **Beitrag zur Pathogenese der Psychoneurosen**; von E. Stern. (Klin. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10. H. 1. S. 1. 1917.)

Unter Anführung einiger Fälle und Besprechung der in der Literatur geäußerten Ansichten erörtert St. die Pathogenese der Psychoneurosen und betont besonders, daß dieselben als Krankheiten aufzufassen sind. Jolly (Halle).

770. **Bemerkungen zur Psychotherapie der hysterischen Blindheit**; von R. Hirschfeld. (Med. Klin. 1917. Nr. 13. S. 370.)

In einem Falle wurde vermittels des galvanischen Lichtblitzes (große Elektrode im Nacken, Reizung des Gesichts mit der kleinen Elektrode) unter weiteren suggestiven Maßnahmen Heilung erzielt.
Jolly (Halle).

771. **Assoziationsexperiment, freies Assoziieren und Hypnose im Dienst der Hebung einer Amnesie**; von H. Rohrschach. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 28. S. 898.)

Soldat, der sich unerlaubt entfernt hatte. Bei der Ergreifung war er in einem Dämmerzustand. Durch Assoziationsversuche auf Reizworte, freies Assoziieren und Hypnose wurde versucht, die Ereignisse während des Dämmerzustandes festzustellen. Jolly (Halle).

772. **Über Pupillenstörungen und tabesähnliche Krankheitsbilder nach Hals- und Kopfschüssen (Pseudotabes traumatica)**; von L. Roemheld. (Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 56. H. 5 u. 6. S. 282. 1917.)

R. weist darauf hin, daß nach Hals- und Kopfschüssen, besonders nach Tangentialschüssen, Pupillendifferenz, Pupillenträgheit und Pupillenstarre auftreten können, und zwar vorwiegend einseitig. In manchen der Fälle von Schädelverletzung könne es durch Zerrung oder auch infolge der dauernden Drucksteigerung zu einer Degeneration der Hinterstrangfasern und der hinteren Wurzeln und damit zu einer Störung der Reflexe an den unteren Extremitäten und gelegentlich auch zu Sensibilitätsstörungen kommen. Vereinigen sich diese Symptome mit der traumatischen Pupillenstarre, so entstehe der bis dahin noch nicht beschriebene neurologische Symptomenkomplex einer traumatischen Pseudotabes nach Kopfschuß.
Jolly (Halle).

773. **Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion in der neurologischen Praxis**; von H. Siebert. (D. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 528.)

Mitteilung über den Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Lues cerebrospinalis, Tabes dorsalis, progressive Paralyse, Epilepsie, Hydrozephalus und konstitutioneller Syphilis. Erwähnt sei, daß bei Tabes die Wassermannsche Reaktion im Blut in 45% positiv, 5% fraglich und 50% negativ war; in der Zerebrospinalflüssigkeit in 92% positiv, in 8% negativ. Unter 98 Paralysen war die Reaktion im Blut in 96 positiv, in 1 fraglich und 1 negativ; in der Zerebrospinalflüssigkeit in 97 positiv. Eine negative Wassermann-Reaktion dürfte also eine Paralyse ausschließen.
Jolly (Halle).

IX. Psychiatrie.

774. **Psychotherapie in Irrenanstalten**; von W. H. Becker. (Würzb. Abh. Bd. 17. H. 4. 1917.)

B. betont den großen psychischen Einfluß des Arztes auf den Geisteskranken und gibt Ratschläge für das Verhalten gegenüber den einzelnen Krankheitszuständen und Symptomen. Jolly (Halle).

775. **Die Weiterentwicklung weiblicher Pflege auf Männerabteilungen der Irrenanstalten, mit besonderer Berücksichtigung der im Königreich Sachsen gemachten Erfahrungen**; von Arnemann. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. H. 4. S. 339. 1917.)

Auf Grund der in Sachsen gemachten Erfahrungen empfiehlt A. die weibliche Pflege auf Männerabteilungen, die ja unter dem Einfluß des Krieges sich in den meisten Anstalten von selbst ausgebreitet hat. Die weibliche Pflege biete entschieden die denkbar mildeste Form der Behandlung, welche wir unseren männlichen Kranken innerhalb der Anstalt angedeihen lassen können; sie fühlen sich nach ihren eigenen Angaben wohler und behaglicher als unter Pflegern. Jolly (Halle).

776. **Intelligenz, Schädelgröße, Gehirngewicht**; von W. Fuchs. (Neur. Zentralbl. 1917. Nr. 9. S. 354.)

Bei 40 Geisteskranken wurden die Schädelmaße genommen, das Gehirngewicht bei der Sektion bestimmt und Erhebungen über die Schulleistungen angestellt. Es ergab sich, daß es sich bei den Beziehungen der Schädelgröße zur Gehirngröße um Wahrscheinlichkeiten handelt. Die größte Bedeutung habe der Maximalkopfumfang, dann das Stirnvertikalmaß. Eine hohe oder über der horizontalen ausladende Schädelform vermöge allgemeine Kleinheit des Kopfes wettzumachen. Ein kleiner Schädel spreche mit größerer Wahrscheinlichkeit gegen ein gut entwickeltes Gehirn, wie ein großer Schädel gegen ein unternormal entwickeltes Gehirn. Jolly (Halle).

777. **Über die Lokalisation der Spirochäten im Gehirn bei der progressiven Paralyse**; von Jahnel. (Neur. Zentralbl. 1917. Nr. 10. S. 402.)

Es ist J. gelungen, ein Verfahren auszuarbeiten, das die Imprägnation der Spirochäten ohne Mitfärbung der nervösen Bestandteile des nervösen Gewebes, die zur Verwechslung mit Spirochäten Anlaß geben können, gestattet. Es gelang ihm nie, in anderen Organen von Paralytikern als im Zentralnervensystem Spirochäten zu finden. Unter den atypischen Formen sind besonders die sogenannten Einrollungsformen bemerkenswert; die körnige Degeneration kann sich mit der Einrollung verbinden. Die Spirochäten sind im Gehirn entweder in scharf umschrie-

benen Herden lokalisiert oder diffus über die ganze Hirnrinde verteilt; zwischen diesen beiden Typen existieren alle möglichen Übergänge. Die Spirochäten finden sich nur in der grauen Substanz des Gehirns. Auch im Linsenkern und in der Kleinhirnrinde konnten Spirochäten gefunden werden. Spirochäten kommen in allen Hirnteilen vor, die bei Paralyse vornehmlich erkrankt sind. Diese Beobachtungen sprechen dafür, daß die paralytischen Veränderungen an Ort und Stelle durch die Einwirkung des Syphiliserregers hervorgerufen werden. Jolly (Halle).

778. **Die diagnostische Bedeutung von Pupillenstörungen bei Dementia praecox;** von Fuchs. (Psych. neur. Woch. 1917. Nr. 22 bis 25. S. 127.)

F. faßt seine Beobachtungen folgendermaßen zusammen: Von der großen Anzahl der Pupillenstörungen bei Dementia praecox kommen von den Störungen als solchen eine diagnostische Bedeutung nur zu dem vollentwickelten Bumkeschen Symptom (Fehlen der Pupillenunruhe, der Psychoreflexe und der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize bei erhaltenem Lichtreflex) und der A. Westphalschen katatonischen Pupillenstarre. Inwieweit die Pupillenstarre auf Iliakaldruck (E. Meyer) für die Dementia praecox pathognomonisch ist, läßt sich heute noch nicht mit Bestimmtheit behaupten. Der isolierten reflektorischen Pupillenstarre kommt ein diagnostischer Wert in negativem Sinne zu. Wenn auch die anderen Pupillenstörungen, wie die durchschnittlich größere Weite der Pupillen, die Pupillendifferenz, die Änderung der Pupillenform, die Trägheit der Lichtreaktion, an sich diagnostisch nicht verwertbar sind, so zeichnen sie sich doch in ihrer Gesamtheit durch ein gemeinsames Merkmal aus: das ist ihre Unbeständigkeit, ihr rascher Wechsel. Schließlich wird man wohl auch berechtigt sein, eine pathologische Herabsetzung der Pupillenunruhe, der psychischen und sensiblen Reflexe als differentialdiagnostisches Hilfsmittel für die Erkennung der Dementia praecox heranzuziehen. Denn eine Herabsetzung der genannten Reaktionen wird bei Gesunden nur äußerst selten, bei Dementia praecox-Fällen dagegen sehr häufig gefunden.

Schmidt (Andernach).

779. **Über schizophrene Heredität;** von Elmiger. (Psych. neur. Woch. 1917. Nr. 31 bis 34. S. 197.)

Bei der Vererbung der Schizophrenie spielt die indirekte schizophrene Heredität (d. h. Schizophrenie bei den Geschwistern eines oder beider Eltern, oder bei den Großeltern bzw. Vetter oder Kusine) die größere Rolle als die direkte (d. h. Schizophrenie bei Vater oder Mutter). Die erstere ist etwa 4mal so groß wie die letztere.

Bei den nichtschizophrenen Psychosen konnte die indirekte schizophrene Heredität in 8% nachgewiesen werden.

Die direkte Belastung mit Charakterabnormitäten und Trunksucht kommt sowohl bei den schizophrenen als bei den nichtschizophrenen Psychosen ungefähr gleich häufig vor.

Die Ehen, bei denen ein Teil schizophren ist, haben durchschnittlich eine viel geringere Kinderzahl als die Ehen unter Normalen.

Es ist eine große Seltenheit, daß in einer Ehe beide Teile schizophren sind.

Das Verhältnis der gesunden und kranken Geschwister beträgt bei unserem Material 2,5 : 1. Das Verhältnis kann natürlich in nicht allzu weiten Grenzen schwanken.

Die Schizophrenie vererbt sich rezessiv.

Schmidt (Andernach).

780. **Ein typischer Fall von Querulantenwahnsinn;** von Engelmann. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. S. 428. 1917.)

E., ein Jurist, gibt eine aktenmäßige Darstellung des Falles. Um den Richter von dem Vorhandensein des Querulantenwahnsinns zu überzeugen, genügt nicht die Tatsache des Querulierens, noch der Nachweis, daß dem Querulanten keinerlei Unrecht widerfahren ist, sondern beweiskräftig kann nur die Darlegung wirken, daß die Kampfesweise des Querulierenden einen sicheren Schluß auf das Vorliegen einer geistigen Erkrankung gestattet. Schmidt (Andernach).

781. **Beiträge zur Kenntnis der juvenilen Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Augensymptome;** von Hussels. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. S. 555. 1917.)

H. beobachtete bei seinen Fällen absolute Pupillenstarre, d. h. es fehlten: 1. die direkte und indirekte Lichtreaktion und 2. die Konvergenzreaktion. Ferner war in allen Fällen Mydriasis vorhanden. Diese Pupillensymptome sind die wichtigsten Zeichen der juvenilen Paralyse, die als solche früher nicht die genügende Beachtung gefunden haben.

Schmidt (Andernach).

782. **Ein epileptisches Mädchen als Rechenkünstlerin;** von Ganter. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. S. 536. 1917.)

G. entdeckte zufällig ein epileptisches Mädchen, das 24 Jahre alt war und sich seit dem 12. Jahre in seiner Anstalt befand, als Rechenkünstlerin. Während die Kranke bei der Intelligenzprüfung völlig versagte, konnte sie im Kopf vervielfältigen:

eine	2stell.	Zahl	mit	einer	2stell.	in	$^1/_2$—$1^1/_2$	Min.	
„	3 „	„	„	„	2 „		$2^1/_2$	„	(dann in 10 Min.)
„	3 „	„	„	„	3 „		18	„	
„	4 „	„	„	„	4 „		35	„	
„	7 „	„	„	„	2 „		45	„	

Sie teilte eine 5stellige Zahl durch eine 3stellige in $5^1/_2$ Minuten, eine 7stellige Zahl durch eine 3stellige in 17 Minuten. Sie zählte 6 3stellige Zahlen in 16 Minuten zusammen und sie zog eine 8stellige Zahl von einer 8stelligen in 11 (18) Minuten ab.

Schmidt (Andernach).

783. **Über die Tuberkulose in Irrenanstalten;** von H. Löw. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1917. H. 5. S. 443.)

Unter 166 Kranken mit Dementia praecox starben an Tuberkulose nach den Sektionsprotokollen 50,6%; unter 115 Kranken mit Paralyse starben an Tuberkulose 6,9%; unter 25 Kranken mit manisch-depressivem Irresein 32%; unter 120 mit Dementia senilis waren es 12 Tuberkulöse; unter 66 Fällen von Epilepsie mit Seelenstörung 27,27%. Zwischen Dementia praecox und Tuberkulose scheinen nach L. gewisse Beziehungen zu bestehen, die wir vorderhand noch nicht kennen. Jolly (Halle).

784. **Die gerichtsärztliche Bedeutung der senilen psychischen Erkrankungen;** von Pieszczek. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73. S. 393. 1917.)

P. gibt eine ausführliche Schilderung der senilen psychischen Erkrankungen und beschäftigt sich dann mit der Frage, auf welche Art und in welchem Umfange die unter solchen Erscheinungen erkrankten Greise mit dem Gericht in Konflikt geraten können.

Während bei den Männern am häufigsten die Sittlichkeitsverbrechen, die für sie als typisch bezeichnet werden müssen, dann Brandstiftung, Betrug und Diebstahl beobachtet werden, kommen bei den Frauen am häufigsten Diebstahl und Betrug vor.

Wenn heutzutage das Gesetz dem Greisenalter noch keine Ausnahmestellung eingeräumt hat, so lassen sich doch durch häufigere Anwendung des § 81 StPO. viele Schwierigkeiten beseitigen.

Schmidt (Andernach).

X. Chirurgie.

785. **Primäre Wundexzision von Schußverletzungen und Wundbehandlung mit Dakinscher Lösung;** von Hufschmid und Preuße. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 232.)

Die sehr guten Resultate H.s u. Pr.s decken sich mit denen fast aller anderen Autoren. Es kommt oft kaum zu Temperatursteigerungen bei gründlicher primärer Wundexzision; das Aussehen der Wunden ist ein ungleich besseres und die Granulationsbildung geht viel rascher vor sich. Von der Behandlung mit der bekannten Carrel-Dakinschen Lösung sahen H. u. Pr. keine so hervorragenden Resultate, insbesondere wird die bakterizide Wirkung angezweifelt.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

786. **Wundbehandlung mit Carrel-Dakinscher Lösung;** von W. Merkens. (D. med. Woch. 1917. Nr. 25. S. 783.)

M. beanstandet die Angaben von Otto (D. med. Woch. 1917. Nr. 6), der diese Wundbehandlung angelegentlich empfiehlt, und legt seinen eigenen Standpunkt dar: konservative, aseptische Methode ohne prinzipielle Ablehnung der primären Operation, die nur bei schweren Gelenkverletzungen in jedem Falle angezeigt ist. Die Verbände sollen, wenn möglich, lange liegen, oder es soll offene Behandlung angewandt werden. Ruhigstellung! Gips nur selten!

Kadner (Dresden-Loschwitz).

787. **Über primäre Wundexzision und primäre Naht;** von Hufschmid und Eckert. (D. med. Woch. 1917. Nr. 9. S. 267.)

Die primär exzidierte Wunde kann in den meisten Fällen auch primär geschlossen werden. Der Heilverlauf wird dadurch kürzer und schonender, die Narbe ist glatt und meist linear.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

788. **Lappenvorbereitung in situ;** von G. Perthes. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 29. S. 641.)

P. beschreibt einen neuen Weg zur Bildung langer plastischer Lappen ohne Gefahr der Nekrose. Das Verfahren beruht auf dem seines Wissens bisher noch nicht angewendeten Prinzipe der Vorbereitung des Lappens in situ. Es soll dabei, während der vorgezeichnete Lappen an der Entnahmestelle verbleibt, der Kreislauf in neue bestimmte Bahnen gezwungen, dem Lappen ein neuer, privater Kreislauf mit genügendem arteriellen Zufluß und besonders auch mit genügendem venösen Rückfluß geschaffen werden. Erst wenn die Zirkulation auf dem Wege des Stieles einwandfrei sichergestellt ist, erfolgt die völlige Auslösung und Verwendung des Lappens. P. hat dieses Prinzip auf zweierlei Weise verwirklicht. Der Hauptweg ist der, daß der Lappen mehr oder weniger vollkommen umschnitten und von der Unterlage gelöst wird, die den Lappen umgrenzenden Hautschnitte aber sofort wieder genäht werden. Der Lappen heilt zunächst wieder ruhig per primam an der Stelle ein, an der er entnommen werden sollte. Etwa 8 Tage nach der Umschneidung des Lappens oder bei dem auch bei diesem Verfahren sehr empfehlenswerten schrittweisen Vorgehen 8 Tage nach der letzten Sitzung erfolgt die Entnahme des Lappens und seine Einpflanzung an der Verwendungsstelle.

Wagner (Leipzig).

789. **Operative oder Strahlenbehandlung der Karzinome;** von Wilms. (D. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 193.)

Die relativ gutartigen Karzinome, speziell die Skirrhus, sollen am besten operativ behandelt werden; die sozusagen „malignen", rasch wachsenden, früh zu Metastasen neigenden Krebse gehören der Strahlentherapie. In diesen Fällen kommt trotz Operation das Rezidiv; hier kommt es vielmehr darauf an, den „karzinophilen" Organismus „umzustimmen", d. h. durch die Bestrahlung und Allgemeinbehandlung die natürlichen Schutzkräfte des Körpers zu fördern.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

790. **Die Behandlung schlecht heilender Wunden mit Druckverbänden;** von Siek. (D. med. Woch. 1917. Nr. 4. S. 104.)

S. empfiehlt bei schlecht heilenden Wunden nach Kriegsverletzungen, zumal bei Narbengeschwüren, die ja erfahrungsgemäß besonders an den Extremitäten immer wieder zum Aufbrechen neigen, einen Druckverband mit Trikotbinden. Die guten Resultate, die er dabei erzielen konnte, fordern entschieden zur Nachahmung auf.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

791. **Ostéo-périostites typhiques. Leur traitement par la vaccino-thérapie et l'intervention chirurgicale;** par P. E. Weil et Chevrier. (Presse méd. 1917. Nr. 47. S. 481.)

Bericht über 12 Fälle; 10 von Ostitis einer Rippe, einen des Trochanter, einen der Tibia und Fibula. Nur 2 Patienten waren vor ihrem Typhus genügend geimpft. Zur Erkennung der Krankheit ist die Agglutinationsreaktion unerläßlich. Zur Behandlung wende man in Fällen, in denen sich noch kein Eiter gebildet hat, Typhusvakzin an: 16 Einspritzungen in 8 Wochen von $^1/_4$, $^1/_2$, $^3/_4$, 1 ccm, die 4 folgenden 1, die 8 letzten $1^1/_2$ ccm. Wenn sich Eiter gebildet hat und, wie gewöhnlich, eine Fistel entstanden ist, sieht man auch noch ab und zu durch Vakzin allein Heilung auftreten, jedoch darf man nicht darauf rechnen. Die Behandlung soll in Entfernung des typhösen Herdes mit Vakzinanwendung kombiniert, bestehen. Man operiere nach den 4 ersten Einspritzungen und verabreiche die letzten 4 Injektionen um die Woche, um die Behandlung zu verlängern.

Lamers (Herzogenbusch).

792. **Diathermie im Pendelapparat zur Mobilisation versteifter Gelenke und Weichteile, Diathermie und Überdruckatmung in der pneumatischen Kammer zur Mobilisierung pleuritischer Verklebungen und Verwachsungen;** von H. Adam. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1917. H. 8. S. 225.)

A. berichtet von ausgezeichneten Erfolgen, die bei Gelenk- bzw. Extremitäten-Verletzungen durch die kombinierte Anwendung von Pendelapparat und Diathermie erzielt wurden. Die elektrische Wärme wird *während der aktiven oder passiven Übung* zugeführt.

Am besten eignen sich die nach Kowarschki (Die Diathermie. 2. Aufl. Springer. Berlin) fixierten Bleielektroden und die Diathermieapparate von *Siemens & Halske* mit den neuen Verteilerwiderständen, sowie Minimopendelapparate von *Caro,* Hannover; letztere besonders für die kombinierte Anwendung (Krankengeschichten mit Abbildungen). Gleich günstige Erfolge sah A. von der kombinierten Behandlung mit komprimierter Luft und Diathermie bei *schrumpfenden Pleuritiden, zur Mobilisierung von pleuritischen Verklebungen und Verwachsungen;* doch müssen diese Verfahren *nach*einander zur Anwendung kommen; die Durchwärmung des Brustkorbes wird vorausgeschickt. Bei Difformität werden noch Massage und Atemübungen hinzugefügt.

Kadner (Dresden-Loschwitz).

793. **Die Vorzüge der Novokainleitungsanästhesie vor der Inhalationsnarkose. Erfahrungen auf dem Gebiet der Novokainleitungsanästhesie;** von W. Reinhard. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 139. H. 5 u. 6. S. 110.)

Die Leitungsanästhesie ermöglicht es heutzutage, die meisten chirurgischen Eingriffe in örtlicher Betäubung vornehmen zu können.

Die verschiedenen Verfahren zur Leitungsunterbrechung der Nerven, die R. an einem großen Material erfolgreich ausprobiert hat, werden ausführlich beschrieben. Technisch mit am schwierigsten ist die Anästhesierung der großen Trigeminusäste, speziell die des Ganglion Gasseri. Die spinalen Nerven werden durch *paravertebrale* Injektion unterbrochen; ein sehr wichtiger Punkt hierbei ist jedoch, daß auch die zu den sympathischen Ganglien zielenden Rami communicantes mitgetroffen werden, da nur so ein schmerzloses Operieren in der Bauchhöhle möglich ist. Beckenorgane und äußere Genitalien werden durch die von Braun eingeführte *parasakrale Anästhesie* (Injektion in der Foramina sacralia von der Vorderseite des Kreuzbeins her) betäubt oder durch die sogenannte *sakrale Anästhesie* (Injektion in den Sakralkanal vom Hiatus sacralis aus). Eine neue, sehr einleuchtende und anscheinend ziemlich einfache Methode hat R. ausgearbeitet; er erreicht die Sakralnerven, indem er von der Hinterfläche des Kreuzbeins aus in die hinteren Kreuzbeinlöcher infiziert. Bei operativen Eingriffen an den oberen Extremitäten bedient man sich der *Plexusanästhesie* nach Kulenkampff; die Anästhesierung der unteren Extremität erreichte R. mit seiner sakralen Methode und der parasakralen Methode Brauns. — Die Resultate bei operativen Eingriffen mit Lokalanästhesie sind entschieden günstiger als unter sonst gleichen Umständen mit Narkose, in erster Linie fallen die postoperativen Lungenstörungen und Herzstörungen viel weniger ins Gewicht. Darum sollte der Arzt die etwas umständliche örtliche Betäubung, die auch für den Patienten oft eine nicht unerhebliche Belästigung bedeutet, möglichst häufig ausführen, zumal in Fällen, wo die Narkose von vornherein nicht ratsam erscheint.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

---

794. **Spätapoplexien nach Gehirnschüssen und Schädelplastiken;** von A. Borchard. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 29. S. 650.)

B. teilt zwei sehr bemerkenswerte Fälle — der eine ist von Nieny veröffentlicht worden — mit, die zeigen, wie vorsichtig man bei den Schädel-, Dura- und Gehirnplastiken nicht allein wegen einer ruhenden Infektion, sondern auch eventueller Gehirnblutungen, die in letzter Linie auf den durch die Verwundung bedingten Organveränderungen beruhen, sein muß. Sie fordern uns auf, unter strenger Berücksichtigung aller Erscheinungen möglichst lange mit der Operation zu warten, so schonend wie möglich den jeweiligen Indikationen zu entsprechen. Das Meißeln am Schädel, jedenfalls in der Nähe der alten Verletzung, ist nach Möglichkeit einzuschränken, und die freie Knochentransplantation bei größeren Defekten und vorhergegangenen Gehirnverletzungen aus diesem Grunde zu bevorzugen.

Wagner (Leipzig).

795. **Zur operativen Behandlung der Parotisfisteln nach Schußverletzungen;** von G. Perthes. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 13. S. 257.)

a) *Fistelverlagerung bei Parotisgangfisteln.* Das Prinzip dieses Verfahrens ist schon von v. Langenbeck angegeben und auch der naheliegende Gedanke, einen kleinen Hautrand an der Fistel bei ihrer Verlagerung nach innen mitzunehmen, ist schon von Delore verwirklicht worden. Der Verzicht auf alles Herauspräparieren des Duktus und die Bildung eines stark bleistiftdicken Gewebsstieles, der den Duktus einschließt, dürfte aber eine noch nicht bekannte Modifikation dieser Methode der Fistelverlagerung sein, die die Operation bei unseren Schußverletzten öfters wesentlich vereinfachen kann.

b) *Heilung einer permanenten Parotisdrüsenfistel durch Neubildung des Ductus Stenonianus aus einer Epidermisröhre.* Kasuistik.

c) *Speichel-Nasenfistel.* Das wesentliche Symptom der Affektion ist der Ausfluß des Speichels der einen Parotis aus dem einen Nasenloche. Die Ursache ist darin zu finden, daß die Öffnung des Ductus parotideus durch eine angrenzende Schleimhautnarbe etwas nach hinten und innen verzogen in das große Fenster der Kieferhöhle zu liegen kommt und nun ihr Sekret in diese und bei der gleichzeitig bestehenden weiten Kommunikation der Kieferhöhle mit der Nase auch in den unteren Nasengang entleerte. Operativer Fistelverschluß.

Wagner (Leipzig).

796. **Tödliche Luftembolie nach Lufteinblasung in die Oberkieferhöhle;** von F. Neugebauer. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 7. S. 140.)

Der Fall betraf einen 26jährigen, sonst gesunden und kräftigen Mann. Da Lufteinblasungen in die Oberkieferhöhle sehr oft ausgeführt wurden, war vorauszusehen, daß der geschilderte Todesfall nicht alleinstehend ist. Die Nachsuche hat aber nur einen einzigen gleichen Unglücksfall zutage gefördert. Viel häufiger verzeichnet finden sich aber üble Zufälle: Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Krämpfe, Lähmungen usw. Man dürfte kaum fehlgehen, wenn man an der Hand des Falles N.s die gar nicht seltenen üblen Zufälle, deren Deutung bisher ganz im Dunkeln lag, in der Mehrzahl auch auf Luftembolie zurückführt. Diagnostisch sehr wichtig scheint das Verhalten des Pulses zu sein. Ganz abweichend von der gewöhnlichen Ohnmacht oder Kokainvergiftung fühlt man bei der Luftembolie anfänglich kräftige, aber sehr verlangsamte und arrhythmische Schläge. Auch die Auskultation des Herzens ist nicht zu vergessen, da hierbei ein die Töne begleitendes, lautes, gurgelndes Geräusch wahrnehmbar sein kann. Das Einbringen der Luft in Körperhöhlen hat schon öfter den Tod im Gefolge gehabt. Man sollte dieses gefährliche und doch ersetzbare Mittel endgültig verlassen.

Wagner (Leipzig).

797. **Der „schnellende" Nacken;** von O. Lanz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 4. S. 69.)

Der betreffende Kranke konnte nur bei gebogenem Kopfe seinen Hals drehen; allein in Streckstellung

dagegen war die Rotation der Halswirbelsäule aufgehoben, bzw. auffällig beschränkt. Wurde sie forciert, dann trat plötzlich eine schnellende Bewegung auf, wobei ein harter, kurzer, knackender Laut zu hören war, eine Verschiebung unter der Nackenhaut auf der Höhe des 5. bzw. 6. Dornfortsatzes zu sehen war. Dieses „Schnellen" verursachte Schmerz und bei Wiederholung ein peinliches Müdigkeitsgefühl. Ein Trauma lag nicht vor; keine Abreißung des Lig. nuchae. Die operative Freilegung der Dornfortsätze des 4., 5. und 6. Halswirbels ergab, daß der 4. mit dem 6. parallel verlief, daß beide normal entwickelt und gegabelt waren. Der 5. Dornfortsatz dagegen verlief etwas schräger nach unten, war nicht gespalten und kam in Streckstellung mit dem oberen Kamm des letzteren in Konflikt. Die Resektion des 5. Halswirbeldornfortsatzes beseitigte den „schnellenden Nacken" und gab der Halswirbelsäule die normale Streck- und Drehfreiheit zurück. Wagner (Leipzig).

798. **The surgical treatment of goitre;** by J. W. Vaughan. (New York med. Journ. 23. Dec. 16. S. 1235.)

Im allgemeinen sollte jeder Fall von Hyperthyreoidismus einer chirurgischen Behandlung unterzogen werden, zwecks Entfernung einer Quantität Drüsengewebe, um die Menge der kolloiden Substanz zu vermindern, die durch Eindringen in das Gefäßsystem die Erscheinungen hervorruft. Andererseits darf aber in keinem Falle von Hypothyreoidismus ein Stück des funktionierenden Drüsengewebes entfernt werden. Fischer-Defoy (Dresden).

799. **Ein typisches Verfahren zur Unterbindung der Art. vertebralis in der Subokzipitalregion;** von H. Küttner. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 15. S. 305.)

Verletzungen und traumatische Aneurysmen der Art. vertebralis sind selten; am häufigsten finden sie sich noch an der in der Regio suboccipitalis gelegenen kurzen Strecke vom Austritt aus dem Foramen transversarium des Atlas bis zum Eintritt in die Schädelhöhle. Wenn möglich, ist die Blutstillung stets an der verletzten Stelle vorzunehmen; sonst bleibt — die durchaus nicht einfache sichere Diagnose einer Vertebralisverletzung vorausgesetzt — nichts anderes übrig, als die Unterbindung am Orte der Wahl. Ein typisches Verfahren für die Unterbindung der Vertebralarterie gibt es nur in ihrem Anfangsteil, zwischen ihrem Ursprung aus der Art. subclavia bis zum Eintritt in das Foramen transversum des 6. Halswirbels. K. hat nun an der Leiche ein Verfahren für die Ligatur der Endstrecke in der Subokzipitalregion ausprobiert, das er genau beschreibt. Bei dem so außerordentlich entwickelten Kollateralkreislauf der Vertebralarterie ist es angezeigt, bei unzugänglichen Verletzungen der Arterie im Canalis transversus der typischen zentralen Ligatur der Anfangstrecke die peripherische Ligatur der Endstrecke hinzuzufügen. Wagner (Leipzig).

800. **Über Gefäßwandnekrose durch Drainrohr bei einem Fall von retropharyngealem Senkungsabszeß;** von F. Beyme. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. Nr. 3 u. 4. S. 309. 1917.)

Fall von tödlicher Blutung aus der Carotis interna nach Eröffnung und Dränage eines retropharyngealen Senkungsabszesses. Die Sektion ergab eine sondenknopfgroße Arrosion der Karotis. Daß in diesem Falle die mechanische Wirkung des Drains ganz allein Schuld an der Arrosion der Karotiswand war, kann nicht als sicher erwiesen gelten, weil sie gleichzeitig eine starke leukozytäre Infiltration zeigte. Es ist aber höchst wahrscheinlich, daß der ständige Druck, den das starre Drainrohr auf die Gefäßwand ausübte, eine Ischämie derselben bewirkte und dadurch ihre Ernährung schädigte, ferner daß durch die rhythmischen Stöße des pulsierenden Arterienrohres gegen das Drain eine mechanische Arrosion stattfand. Besteht erst einmal eine Nekrose, so ist auch eine Begünstigung der eiterigen Infiltration der Gefäßwand geschaffen, durch die ebenfalls eine Auffaserung derselben stattfindet. Die Drains müssen möglichst dünn und weich genommen werden, nur kurz liegen bleiben bei möglichst täglicher Lageveränderung und Drehung. Wagner (Leipzig).

801. **Erleichterung der Thorakoplastik nach Schede;** von M. Wilms. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 30. S. 665.)

Will man bei der Schedeschen Thorakoplastik die ganze Brustwand außer der Haut entfernen, so liegt es nahe, diese Entfernung so vorzunehmen, daß man im Bereiche der Empyemhöhle die deckende Muskel- und Knochenwand gleichzeitig wegnimmt. Das Verfahren ist zweifellos kürzer in der Operationszeit. Der Blutverlust ist zudem geringer, wenn es gelingt, mit dem Instrument, das die Thoraxwand durchtrennt, gleichzeitig auch die größeren Interkostalgefäße zu verschließen. W. empfiehlt hierzu seine im vergangenen Jahre beschriebene quetschende Zange oder Schere, bei der das Gewebe durch den Druck der einen Branche in den Spalt der anderen hineingepreßt wird. Wagner (Leipzig).

802. **Erfahrungen von extrapleuraler Thorakoplastik bei Lungentuberkulose;** von P. Bull. (Nord. med. Ark. Bd. 49. Nr. 16. 1916.)

B. hat bisher 11 extrapleurale Thorakoplastiken bei Lungentuberkulose ausgeführt. 4 Operierte sind geheilt, 1 wesentlich gebessert. 2 Operierte sind an ihrer Krankheit, 3 an den Folgen des Eingriffes gestorben. B. kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Bei einseitiger oder im wesentlichen einseitiger Lungentuberkulose, die nicht durch rationelle exspektative Behandlung inklusive Pneumothorax geheilt wird, ist es erwiesen, daß man durch extrapleurale Thorakoplastik ein gutes Resultat erzielen kann. 2. Die Rippenresektion muß in Lokalanästhesie durch einen paravertebralen Schnitt ausgeführt werden, so daß man den hintersten Teil der Rippen von der 11. oder jedenfalls von der 10. bis zur 2. entfernt. Es ist notwendig, daß sich die Kenntnis von den Indikationen und Resultaten der extrapleuralen Thorakoplastik auch unter den praktischen Ärzten verbreitet; niemand darf nunmehr den für diese Behandlung geeigneten Kranken diese Vorteile vorenthalten. Wagner (Leipzig).

803. **Über Lungenschüsse;** von A. Borchard. (v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. 1917. Neue Folge Nr. 730.)

B. bespricht zunächst die pathologisch-anatomischen und dann die klinischen Erscheinungen der Lungenschüsse. Liegt keine Hämoptöe vor, so ist die Diagnose Lungenverletzung in Zweifel zu ziehen. Besonders erörtert B. dann den Hämato- und Pneumothorax, sowie das Hautemphysem und den Chylo- und Kolothorax. Die Behandlung der Lungenverletzungen hat in erster Linie die allgemeinen Erscheinungen zu bessern zu suchen. Weite Transporte sind möglichst zu vermeiden; selbst bei glatt verlaufenden Verwundungen, besonders aber bei Steckschüssen, soll man nicht vor Ablauf von 2—3 Wochen den Verletzten ohne zwingende Gründe weiter transportieren. Im weiteren Verlaufe ist auf die Vermeidung neuer Blutung und Verhütung von Infektionen zu achten. Wenn irgend möglich, sind äußere Wunde und Brusthöhle

voneinander zu sondern. Die Einrichtung von besonderen Lungenzimmern, in denen keine Leute mit eiternden Wunden sind, keine infektiösen Halskrankheiten sich befinden, keine unnötige Staubentwicklung erfolgt, hat sich gut bewährt. Für schnelle Ausdehnung der Lunge ist möglichst bald Sorge zu tragen. B. bespricht dann noch das Empyem, Lungenabszeß und Lungengangrän. Die Folgen selbst anscheinend glatt verheilter Lungenschüsse lassen sich nicht übersehen. Bemerkungen über steckengebliebene Geschosse und Tangentialschüsse beschließen die Arbeit.

Wagner (Leipzig).

804. **Extrapleurale Pleurolyse mit Plombierung bei nichttuberkulösen Kavernenbildungen der Lunge;** von O. Kalb. (D. med. Woch. 1917. Nr. 7. S. 198.)

Neben den beiden Hauptverfahren der Lungenkollapstherapie, dem künstlichen Pneumothorax und der Thorakoplastik ist die *extra*pleurale Pleurolyse mit nachfolgender Plombierung in manchen Fällen tuberkulöser und nichttuberkulöser Kavernenbildung ein sehr zweckmäßiges Verfahren. Vor dem Pneumothorax hat es den Vorzug, daß nur erkrankte Lungenpartien komprimiert werden, während beim künstlichen Pneumothorax, vorausgesetzt, daß keine Verwachsungen vorhanden sind, die ganze Lunge der betreffenden Seite, also auch gesundes Gewebe, mitkomprimiert wird. Außerdem eignet sich der Pneumothorax nur für Fälle mit keinen oder geringen Pleuraadhäsionen, während die extrapleurale Plombierung gerade für Fälle mit stärkeren Verwachsungen sehr geeignet ist. Gegenüber der Thorakoplastik bedeutet das empfohlene Verfahren einen wesentlich kleineren, ungefährlicheren Eingriff. Die einfache Technik ist im Original nachzulesen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

---

805. **Über Sarkome des Magens, mit besonderer Berücksichtiguug der Röntgenuntersuchung;** von Geymüller. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. S. 364.)

Beschreibung eines einschlägigen Falles (Spindelzellensarkom). Im Anschluß daran wird an der Hand der bisher publizierten Fälle das klinische Bild besprochen; die Differentialdiagnose gegenüber dem Karzinom wird natürlich klinisch meist unmöglich sein; relativ selten scheinen okkulte und manifeste Blutungen aus dem Sarkom zu sein; der Magenchemismus verhält sich meist wie beim Krebs. Besondere Charakteristika im Röntgenbild bestehen anscheinend nicht. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

806. **Über Exclusio pylori;** von K. Gramén. (Nord. med. Ark. Bd. 50. Afd 1. H. 1. Nr. 1. 1917.)

Gr. berichtet über 25 Nachuntersuchungen bei *Exclusio pylori*. Die betreffenden Kranken wurden im Maria-Krankenhause in Stockholm und in anderen schwedischen Krankenhäusern operiert, und zwar 18 Kranke nach der Methode von Bogoljuboff-Wilms, 7 nach der Methode von Rißler. Die Röntgenuntersuchung ergab bei den ersteren den Pylorus nur in einem, bei den letzteren in 2 Fällen permeabel. Gr. empfiehlt für die Exclusio pylori die Bogoljuboff-Wilmssche Methode mit einer von Key angegebenen Detailmodifikation der Fixierung des Faszienstreifens. Die Faszienenden werden mit einem festen Seemannsknoten um den Magen geknotet und jede Hälfte desselben wird für sich, unter Beibehaltung der Anspannung, mit 2 Seidensuturen durch die Faszie fixiert. Wagner (Leipzig).

807. **Ein weiterer Fall von Wiederinfusion einer intraabdominellen Massenblutung bei Leberruptur;** von E. Kreuter. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 34. S. 765.)

Ein Kanonier erhielt mittags einen Hufschlag gegen die rechte Brustseite; gegen Abend Einlieferung ins Lazarett. Diagnose: Leberruptur mit intraabdomineller Massenblutung. Sofortige Laparotomie. Im Leib $1^1/_2$ Liter flüssiges Blut, das filtriert und in die freigelegte Kubitalvene reinfundiert wird. Riß im rechten Leberlappen wird mit tiefgreifenden Katgutnähten geschlossen. Tampon auf die Nahtreihe; Schluß der Bauchwunde bis auf kleine Lücke im obersten Wundwinkel. Da die Infusion durch die engen Armvenen zu langsam erfolgte, Freilegung der Saphena, in die das Blut im raschen Strome kontinuierlich einfloß. Ausgezeichnete Wiederbelebung; keine Kochsalzinfusion. Vollkommene *Heilung* nach Entleerung eines rechtsseitigen subphrenischen Abszesses. Nur im *ersten*, nach der Operation entleerten Urin war spektroskopisch Hämoglobin nachweisbar. Bei wirklich schweren Massenblutungen in die Bauchhöhle ist — ausgenommen bei Eröffnungen des Magendarmkanals — die Wiedereinverleibung des filtrierten Eigenblutes die einzige und sicherste Methode, um den Verblutungstod abzuwenden. Sie ist mit den einfachsten Mitteln durchführbar, am besten unter Zuhilfenahme der V. saphena. Durch die Autoinfusion von Blut werden neben dem aktiven Serum noch lebende Erythrozyten wieder zugeführt.

Wagner (Leipzig).

808. **Zur Lehre von der Appendizitis;** von Brunzel. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. S. 321. 1917.)

Beschreibung einiger seltenerer Appendizitiskomplikationen, u. a. 2 Fälle von Spätlebersepsis nach erfolgreich operierter Appendizitis; bei dem einen Falle ist bemerkenswert, daß zwischen der Operation (Appendizitis mit Peritonitis) und der septischen Erkrankung ein gesundes Intervall von 2 Jahren lag. Ikterus vor Auftreten der Appendizitis ist eine belanglose, durch Darmkatarrh bedingte Komplikation; Ikterus im Anschluß an eine Wurmfortsatzerkrankung ist stets verdächtig auf lebensgefährliche Leberkomplikationen. Ferner Beschreibung eines Falles von „schwieliger Retroperitonitis" nach Appendizitis.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

809. **Die Appendizitis in der gegenwärtigen Kriegszeit;** von E. Haim. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 35. S. 788.)

Im Gegensatze zu Gelinsky, der ein auffallendes Zurückgehen der akuten Appendizitis im gegenwärtigen Kriege feststellen konnte, fand H. in der ersten Hälfte 1917 eine auffallende Häufigkeit von äußerst schweren perforierten Appendizitiden, die zumeist schon mit einer allgemeinen Peritonitis vergesellschaftet waren. Diese Tatsache erklärt H. durch den Umstand, daß es jetzt mit der vielfach veränderten Beschaffenheit und Zubereitung der Nahrungsmittel im Darme leichter zu Reizungen, Entzündungen und Infektionen kommt, und daß auch die Widerstandskraft gegen Infektionen herabgesetzt ist. Für den ersten Umstand spricht auch, daß wir sowohl bei Appendizitiden als auch gelegentlich anderer Operationen sehr oft Darmparasiten, am häufigsten Askariden beobachtet haben, und daß die Ärzte viel häufiger wegen Darmparasiten konsultiert werden, als in der Friedenszeit. Dann hat H. den Eindruck, als ob chirurgische Krankheiten, insbesondere Peritonitiden, Phlegmonen usw. schwerer verlaufen, und die chirurgischen Eingriffe schwerer vertragen werden als früher. Wagner (Leipzig).

810. **Lokalanästhesie bei Appendizitisoperationen;** von H. Finsterer. (Med. Klin. 1917. Nr. 6. S. 145.)

Auf Grund ausgedehnter eigener Erfahrungen empfiehlt F. die Lokalanästhesie bei Appendizitisoperationen, und zwar in Form der Infiltrationsanästhesie. Es wird dabei zunächst die Bauchdecke anästhesiert, sodann das präperitoneale Gewebe der Fossa iliaca infiltriert (um eine Anästhesie des Zökums zu erzielen) und schließlich nach Eröffnung des Peritoneums in das Mesenteriolum des Appendix Novokain eingespritzt, da das Mesenteriolum schmerzempfindlich ist. Nur in seltenen Fällen (bei sehr ausgedehnten Verwachsungen, bei beginnender und diffuser Peritonitis) ist ein kurzer Ätherrausch bzw. eine kurze Äthernarkose notwendig. Gerade bei der Peritonitis ist unter sonst gleichen Bedingungen die Mortalität lokal Operierter wesentlich geringer.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

811. **Die Nachbehandlung der diffusen Peritonitis;** von E. Roedelius. (D. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 296.)

Es gibt wohl kaum eine chirurgische Erkrankung, bei der die Nachbehandlung nach der Operation so viel Sorgfalt und Sachkenntnis erfordert, wie bei der diffusen Peritonitis. In sehr vielen Fällen hängt es zweifelsohne von der mehr oder minder zweckmäßig durchgeführten Nachbehandlung ab, ob der Patient durchkommt. Die Hebung der Herzkraft sowie die Verhütung bzw. Beseitigung der postoperativen Darmlähmung sind die wichtigsten Faktoren der Nachbehandlung, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

812. **Die Behandlung schwerer Fälle von Peritonitis beim Manne durch Dränage des Douglas nach dem Mastdarm zu;** von Wilms. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 139. S. 168.)

Für die schwersten Fälle von Peritonitis, wie wir sie nach Verletzungen bzw. nach Perforationen des Magendarmkanals beobachten, empfiehlt W., ein Gummidrain durch den hinteren Douglas in den Mastdarm und nach außen zu leiten, um dadurch einen besseren Abfluß des Eiters zu erzielen; gleichzeitig macht W. die übliche ausgiebige Spülung der Bauchhöhle. In 8 Fällen, wo dies Verfahren angewandt wurde, hat es sich gut bewährt.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

813. **Zur Frage des Spannungspneumoperitoneums;** von H. F. Brunzel. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 31. S. 689.)

Br. konnte das von Oberst gekennzeichnete Krankheitsbild in 2 Fällen von Magenperforation beobachten. Beide Kranke hatten eine unter starkem Drucke stehende Ansammlung von massenhaftem, geruchlosen Gas in der Bauchhöhle, die das Abdomen trommelförmig gespannt aufgetrieben hatte, wodurch das Zwerchfell stark in die Höhe gedrängt worden war. Die Auftreibung des Leibes war so gleichmäßig in allen Teilen, daß eigentlich schon dadurch der Verdacht auf eine unter starker Spannung stehende Gasansammlung infolge Perforation eines Hohlorgans der Bauchhöhle hätte wachgerufen werden müssen. Beide Fälle endeten trotz Operation letal; sie bestätigten die Annahme eines Ventilverschlusses der Perforationsstelle. Das Ventil war durch die dem Gechwür aufliegende Leber gebildet worden, die wohl den Weg für die Luft ins Abdomen freiließ, diesen Weg aber mit zunehmendem Druck der Gasansammlung im Bauchraum für die entgegengesetzte Richtung nur um so sicherer nach Art eines Klappenventils versperrte. Als die Luft in den Bauchraum durch die Perforation austreibender Faktor kommt wohl hauptsächlich der Magen selbst in Betracht.

Wagner (Leipzig).

814. **Die seitliche Aufnahme des Darmbeins;** von Lilienfeld. (Med. Klin. 1917. Nr. 8. S. 210.)

Schon in Friedenszeiten, ganz besonders aber jetzt im Kriege bei der Lokalisation von Steckschüssen, empfand man es als einen Mangel, daß die Röntgenaufnahmen des Rumpfes nur in sagittaler Richtung gemacht wurden. Da rein frontale Aufnahmen wegen der Dicke des Rumpfes und der Übereinanderprojektion unklare Bilder gaben, empfiehlt L. — analog den schrägen Hüftgelenks- und seitlichen Kreuzbeinaufnahmen — frontale Darmbeinaufnahmen mit ganz leicht schräger Projektion; dadurch werden recht klare übersichtliche Bilder erzielt.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

815. **Zur Operation der Hernia obturatoria;** von F. Hohmeier. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 43. S. 953.)

Die Hernia obturatoria gehört zu den seltenen Bruchformen. H. selbst hat 4 Fälle bei 3 Frauen von über 60 Jahren beobachtet. Die eine 69jährige Kranke wurde von H. zuerst wegen linksseitiger, $^{3}/_{4}$ Jahre später wegen rechtsseitiger eingeklemmter Hernia obturatoria operiert. Diese Frau wurde geheilt, während die beiden anderen starben. Die Diagnose wurde 2mal richtig gestellt; 1mal wurde eine inkarzerierte Schenkelhernie angenommen, das andere Mal ein Strangulationsileus diagnostiziert. Für die Operation stellt H. folgende Sätze auf: Die Herniotomie durch Femoralschnitt bei der Hernia obturatoria incarcerata ist zu verwerfen. Die Laparotomie kommt bei den unklaren Fällen in Betracht. Stößt die Lösung der eingeklemmten Schlinge vom Bauch her auf Schwierigkeiten, so ist sofort die Freilegung des in Frage kommenden äußeren Hüftbeinloches vorzunehmen. Die kombinierte Operation ist die Methode der Wahl in den Fällen, in denen eine äußere Bruchgeschwulst die sichere Diagnose zuläßt. Sie ermöglicht die Lösung der eingeklemmten Schlinge auch ohne Erweiterung der Bruchpforte und läßt einen guten Verschluß derselben durch Einstülpung eines in den Bruchsack eingenähten Pektineuslappens zu. Bei der Darmresektion ist strengste Indikationsstellung zu fordern; nur eine rasch durchführbbare und schonende Operation verspricht Aussicht auf Erfolg. Wagner (Leipzig).

816. **Zur Frage der Rezidive von Leistenbrüchen;** von P. G. Plenz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 36. S. 821.)

Um gegen Rezidive von Leistenbrüchen möglichst gesichert zu sein, empfiehlt Pl. eine zuerst von Kleinschmidt — Reinickendorf — eingeführte Methode. Das Prinzip dieser Operation liegt in der größtmöglichsten Stärkung der Bauchwand durch Verwendung der Aponeurose und in der Verlagerung des Samenstranges zwischen diese und die Haut. Die Einzelheiten des Verfahrens sind in der Originalarbeit nachzulesen. Keine andere Operationsmethode vereinigt in sich so viele Sicherheiten gegen Rezidive, wie diese. Die Nutzanwendung für unsere, immer wieder bald schweren körperlichen Anstrengungen ausgesetzten Soldaten liegt auf der Hand.

Wagner (Leipzig).

817. **Der Bruchsack im Dienste der Transplantation;** von O. Lanz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 34. S. 761.)

Die Benutzung von Bruchsäcken zu Transplantationszwecken ist von L. ausgegangen und von ihm seit 1892 regelmäßig geübt worden.

Gegenüber der von Wederhake vertretenen Ansicht, daß das Endothel des Bruchsackes direkt die Rolle des Epithels übernehme, hebt L. hervor, daß der homoioplastisch transplantierte Bruchsack nur als Leitmembran, als Schrittmacher für das Epithel dient; er bleibt nicht als solcher sitzen. Nur ganz ausnahmsweise bot sich die Gelegenheit, einen Bruchsack autoplastisch zu verwenden, z. B. zur Deckung eines Ulcus cruris. Unmöglich wäre es nicht, daß eine prinzipielle Verschiedenheit sich ergäbe zwischen autoplastisch und homoioplastisch gebrauchten Bruchsäcken; aufgefallen ist L. klinisch ein solcher Unterschied nicht. Auch als Pelotte hat L. den Bruchsack gebraucht, z. B. zum Stopfen der Bruchpforte bei Radikaloperation der Hernia cruralis. Die Technik der Bruchsacktransplantation bildete L. einfach der bei der Thierschschen Methode befolgten nach. Wagner (Leipzig).

818. **Zur operativen Behandlung des Wasserbruches;** von Th. Walzberg. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 40. S. 905.)

Die von v. Bergmann empfohlene Ausschälung der Tunika ist meist keine so einfache Manipulation und kann leicht zu unbequemen Blutungen und Nachblutungen führen. W. hat deshalb auf das Prinzip der Verödung des Sackes zurückgreifend, versucht, sie so zu erzwingen, daß ein Rezidiv ausgeschlossen erscheint. Nach Durchschneidung der Hüllen bis auf den Sack wird dessen vordere Wand in ganzer Länge gespalten. Der Sack wird dann so angespannt, daß er eine flache Mulde bildet, und dann wird seine Innenfläche mit einem Skalpell vorsichtig, aber gründlich abgeschabt, bis ihr Glanz stumpf geworden ist; dabei erscheint die Tunika schließlich mit kleinsten Blutpünktchen bedeckt. Auch die Oberfläche des Hodens wird ebenso behandelt. Es folgt nun die etagenweise Vernähung des Sackes mit feinen, nur ganz oberflächlich fassenden Katgutnähten, um die angefrischten Flächen eng aneinander zu legen, und schließlich die Naht der Hautwunde. Geringe Wundreaktion; Nachblutung ausgeschlossen. W. verfügt über eine Anzahl derartiger Operationen, die bereits 1—2 Jahre zurückliegen, ohne daß sich ein Rezidiv gezeigt hätte. Wagner (Leipzig).

819. **Zur Behandlung der Hydrozele (a) Fenster-, b) Kochsalz-, c) Stichmethode);** von K. Wederhake. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 37. S. 838.)

An Stelle der Winkelmannschen Umkehrung der Tunica vaginalis propria des Hodens oder der Exstirpation der Tunika empfiehlt W. die sog. Fenstermethode. Die Tunica vaginalis wird nicht umgekehrt, sondern man schneidet aus der Tunica vaginalis com. (Fascia Cooperi) und Tunica vaginalis propria parietalis ein rundes Stück von der Größe eines Einmark- bis Fünfmarkstückes aus und umsäumt die entstehenden Ränder mit Katgutknopfnähten so, daß ein rundes *Fenster* in den genannten Häuten entsteht. Versenkung des Hodens, Naht. Der Zweck des Fensters ist einleuchtend. Es wird eine Kommunikation zwischen dem Hydrozelensack und dem Gewebe der Tunica Dartos hergestellt, so daß die von der Tunica vaginalis propria abgesonderte Flüssigkeit von dem lockeren Gewebe der Tunica Dartos aufgesaugt wird. Der Kranke bleibt bis zum 5. Tage im Bett. Der Eingriff ist leicht, die Wirkung gut, so daß W. niemals ein Rezidiv hatte.

Für sehr messerscheue Patienten empfiehlt W. die ambulant anwendbare *Kochsalzmethode:* vollständige Entleerung der Hydrozelenflüssigkeit durch Punktion, Injektion von $^1/_2$—2 ccm einer 10proz. Kochsalzlösung. Die Einspritzung ist vollkommen schmerzlos; ein Suspensorium wird für einige Tage getragen. Die Hydrozele tritt nicht wieder auf.

Bei älteren Leuten gebraucht W. auch noch eine einfache, ambulant vorzunehmende *Stichmethode.* Wagner (Leipzig).

820. **Über suprasymphysäre Zystostomie;** von O. Kalb. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 140. Nr. 3 u. 4. S. 193. 1917.)

Bei schweren Störungen der Blasenentleerung infolge organischer Nervenerkrankung kann die Zystostomie warm empfohlen werden. Hierzu rechnen vor allem die Fälle von Blasenretention mit eventuell gleichzeitiger Inkontinenz, wie sie nach Paraplegien allgemein aufzutreten pflegen. Ferner ist die Blasenfistel indiziert bei Retention infolge maligner Tumoren; bei der plastischen Beseitigung ausgedehnter Harnröhrendefekte besonders am Damm; bei den durch Prostatahypertrophie bedingten Totalretentionen. Bei den für die Enukleation in Frage kommenden Prostatahypertrophien kann die eventuelle temporäre Anwendung der Blasenfistel die Prognose des Eingriffs erheblich bessern dadurch, daß nur die wirklich günstigen Fälle für den radikalen Eingriff reserviert werden. Die Blasenfistel verhindert eine spätere Enukleation in keiner Weise und schafft auch als Dauerzustand durchaus erträgliche Verhältnisse.
Wagner (Leipzig).

821. **The removal of stones from the kidney;** by W. J. Mayo. (Surg., Gyn. and Obst. Bd. 24. S. 1. Nr. 1. 1917.)

Von Anfang 1898 bis Ende 1915 wurden in der M.schen Klinik an 450 Nierensteinkranken 484 Operationen gemacht; 3 Operierte = 0,6% starben im direkten Anschluß an die Operation. Der Nachweis der Steine wurde durch das Röntgenogramm erbracht; es kann hierdurch mit Sicherheit nachgewiesen werden, ob die Konkremente im Nierenbecken-, Kelch- oder Parenchym sitzen. Zweimal liefen Irrtümer unter, insofern die anscheinend im oberen Nierenpole nachgewiesenen Schatten Gallenblasensteine betrafen. 48 Kranke = 9,9% hatten in *beiden* Nieren Steine; in der Hälfte dieser Fälle war die andere Niere pyonephrotisch entartet und machte die Nephrektomie nötig. In 3 Fällen handelte es sich um Steine in einer Solitärniere, in 2 um Steine in einer Hufeisenniere. In dem einen dieser letzteren Fälle hatte der Stein eine Pyonephrose veranlaßt; die Resektion des erkrankten Teiles brachte Heilung. Steinbildung oder Steinneubildung in der nach der Nephrektomie zurückbleibenden anderen Niere ist sehr selten. Auch hier kann durch die Operation vollkommene Heilung und Arbeitsfähigkeit eintreten. M. teilt hierfür ein sehr interessantes Beispiel mit. Das Wiederauftreten von Steinen in bereits operierten Nieren ist sehr selten; M. berechnet für seine Fälle unter 10%. Häufig handelt es sich wahrscheinlich um bei der ersten Operation zurückgebliebene Steine.

M. gibt eine genaue Beschreibung der von ihm befolgten Technik bei der Operation der Steinniere. 206mal wurde die *Pelviolithotomie* gemacht. Besonders wichtig ist hier die Bedeckung der Nierenbeckennaht mit einem Fett-Faszienlappen. 34mal wurde die *kombinierte Pelvionephrolithotomie* ausgeführt, und zwar handelte es sich hier meist um Nierenbecken — Kelchsteine. Die *Nephrolithotomie* wurde nur 40mal gemacht. Der Eingriff zieht öfters postoperative Blutungen nach sich. Bei 4 Kranken war zur Lebenserhaltung die sekundäre Nephrektomie notwendig. 204mal mußte die *Nephrektomie* gemacht werden, und zwar

meist wegen der komplizierenden Pyonephrose. In den Fällen von Steinpyonephrose, in denen die Niere fest in die verdickte, schwartige Kapsel eingepackt ist, empfiehlt M. die *subkapsuläre Nephrektomie* nach der Methode von Federoff. Von den operativen Komplikationen erwähnt M. besonders die Blutungen und die Verletzungen des Duodenums.

Wagner (Leipzig).

822. **Über spontane infektiöse Gangrän des Penis und Skrotums bei Kriegsteilnehmern;** von J. Kyrle. (Berl. klin. Woch. 1917. H. 2. Nr. 37.)

K. sah 3 Fälle der von Küttner beschriebenen spontanen Genitalgangrän. Es fand sich kein Anhaltspunkt für irgendeine vorausgegangene Erkrankung. Der Umstand, daß aus voller Gesundheit der schwere Genitalprozeß, begleitet von einem septischen Krankheitsbild, auftritt, erweckt den Eindruck, daß ein ganz bestimmtes Virus, vielleicht der Anaerobengruppe angehörig, ätiologisch in Betracht kommt. K.s Fälle waren schon zu weit vorgeschritten, als daß bakteriologische Untersuchung noch möglich gewesen wäre.

Brauns (Dessau).

823. **Blutstillung nach Prostatektomie;** von Wilms. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 442.)

10 Minuten lang nach Beendigung der Operation wird ein Bauchspatel ins Rektum eingeführt und gegen die Symphyse hin das Prostatabett komprimiert. W. ist der perinealen Prostatektomie mit seitlichem Schnitt treugeblieben. Brauns (Dessau).

824. **Eine einfache Befestigungsart des Verweilkatheters;** von G. Warstat. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 24. S. 525.)

Nach Einführung des Verweilkatheters wird die Oberfläche des ganzen Penis mit Mastisol bepinselt, dann wird ein Trikotschlauch, dessen Weite so gewählt wird, daß er den Penis faltenlos umschließt, über den Katheter und Penis gestreift. Er reicht einerseits bis zur Peniswurzel, andererseits bis 4 cm über das Ende der Glans penis hinaus. Hierauf wird das freie Ende des Trikotschlauches in der Weise am Katheter befestigt, daß durch einen starken Seidenfaden Katheter und Trikotschlauch gleichzeitig dicht vor der Harnröhrenmündung umschnürt werden. Eine Hautreizung durch Mastisol hat W. nicht feststellen können. Wagner (Leipzig).

---

825. **The treatment of fractures of the spine;** by N. Sharpe. (Amer. Journ. of the med. Sc. Dec. 1916. S. 865.)

Die frühzeitige Laminektomie bietet bei Wirbelsäulenfrakturen folgende Vorteile: sie befreit das Mark von Druck, beseitigt bei Dislokation der Bruchstücke eine Abknickung des Marks, sorgt für Ableitung von Ödem, das leicht die Nervenfasern schädigen kann, und von Hämorrhagien. Die Prognose ist gut; es werden 10 Fälle beschrieben.

Fischer-Defoy (Dresden).

826. **Schrapnellkugel in der Cauda equina; Wandern der Kugel im Duralsack;** von F. Selberg. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 8. S. 162.)

Schrapnellschuß in die Cauda equina. Die Kraft der Kugel muß so erschöpft gewesen sein, daß sie nicht mehr imstande war, die Nervenausläufer ernstlich zu verletzen. Die verschiedenen schmerzhaften Zonen und das Nichtauffinden der Kugel bei der ersten Operation werden dadurch erklärt, daß die Kugel in dem auffallend gefüllten Duralsacke hin und her wanderte. Wagner (Leipzig).

827. **Zur Eröffnung von Abszessen vorm Kreuzbein;** von J. Brix. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 7. S. 143.)

Einem Soldaten war ein Geschoß rechts medial von der Spina iliaca sup. post. durch das Kreuzbein ins Becken gedrungen; vor dem Kreuzbein hatte sich ein Abszeß entwickelt, der den Kranken außerordentlich herunterbrachte. Es war wiederholt der Versuch gemacht worden, den Schußkanal im Kreuzbein zu erweitern und die Höhle durch den knöchernen Kanal hindurch zu dränieren. Br. arbeitete sich stumpf durch die Gefäßmuskulatur und kam durchs Foramen ischiadic. majus oberhalb des M. pyriformis auf die Innenseite des Kreuzbeins. Es entleerte sich ein großer Abszeß, der von der neuen Wunde aus und durch den alten Kanal im Kreuzbein dräniert wurde. Die einzige Gefahr bei diesem kleinen Eingriff, eine Verletzung der Art. glutaeal. sup., wird man bei vorsichtigem stumpfen Vorgehen kaum zu befürchten haben, zumal wenn man sich möglichst medial hält und dem leicht abzutastenden medialen Rand des Foramen ischiadic. majus zustrebt. Wagner (Leipzig).

828. **Erfahrungen über Hüftgelenkschüsse und Hüftgelenkseiterungen;** von H. Steindl. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 412.)

Mitteilung über 14 Fälle von Schußverletzungen des Hüftgelenks. 3 Fälle sind als weniger infiziert fast reaktionslos verlaufen und vollkommen ausgeheilt. Und zwar erlangten 2 Kranke wieder ein fast vollkommen bewegliches Gelenk; bei dem 3. Kranken kam es zu einer Ankylose. Doch hat auch dieser Patient wieder seine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erlangt. Bei den übrigen 11 Kranken mit schwer infiziertem Hüftgelenk wurde die Resektion vorgenommen. 6 Operierte starben, und zwar 3 an Sepsis, je einer an Pneumonie, Zystopyelitis und Dysenterie. Die resezierten Hüftgelenke hatten bei diesen letzten 3 Kranken einen anstandslosen Heilungsverlauf gezeigt. Das beste Resultat, das wir bei den resezierten Hüftgelenken anstreben müssen, ist immer eine Ankylose zwischen Beckenschaufel und Trochanter, bzw. Halsrest, mit möglichster Verringerung der postoperativ eintretenden Verkürzung. Es muß natürlich auf volle Funktionsherstellung im Kniegelenk der betreffenden Seite geachtet werden; ebenso ist von vornherein für die Ausheilung der Extremität in der Mittelstellung zwischen Innen- und Außenrotation Sorge zu tragen. Die Verkürzung betrug bei den Resezierten durchschnittlich zwischen 2 und 6 cm.

Wagner (Leipzig).

829. **Die Nagelextension bei frischen und schlecht geheilten Ober- und Unterschenkelfrakturen;** von H. Finsterer. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 1. S. 22.)

Mitteilung über 24 Fälle von Nagelextension. Dieses Verfahren sollte bei den frischen Frakturen mit bedeutender Verkürzung sobald als möglich angewendet werden. Sie wird notwendig, weil die Frakturen nicht sofort in die definitive Behandlung kommen können, die bereits vorhandene Verkürzung wirksam nur durch direkten Zug am Knochen behoben werden kann. Zur Erzielung guter Resultate empfiehlt es sich, Kranke mit Ober- und Unterschenkelfrakturen möglichst rasch in die Etappe oder ins Hinterland abzuschieben, dort in eigenen Spitälern zu konzentrieren und von

der Nagelextension ausgiebig Gebrauch zu machen, wenn die Verkürzung sonst nicht ganz behoben werden kann. Bei den schlecht geheilten Frakturen kann nach der Osteotomie durch die Nagelextension die Verkürzung allmählich ganz behoben werden. Die Osteotomie an der Frakturstelle kommt höchstens in Frage bei den winkelig oder mit großer Verschiebung verheilten Frakturen, sonst ist sie zu ersetzen durch die bajonettförmige Verlängerung im gesunden Anteile des Oberschenkels nach Kirschner. Nach Mißlingen dieser Verlängerung ist bei den schwersten Verkürzungen die operative Verkürzung des *gesunden* Oberschenkels berechtigt und zu empfehlen.

Wagner (Leipzig).

830. **Zur Freilegung und Eröffnung des hinteren Rezessus bei Kniegelenkseiterung;** von E. W. Baum. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 19. S. 404.)

Bei infizierten Knieschüssen empfiehlt B. folgenden Eingriff, der einen guten und dauernden Abfluß des Eiters gewährleistet: An der Grenze zwischen Innen- und Hinterfläche des Knies wird ein leicht nach hinten konvexer Schnitt gelegt, handbreit oberhalb des inneren Gelenkspaltes am Femur beginnend und im Bereiche des Beugeransatzes am Schienbein endend. Nach Durchschneidung der Haut und Faszie werden die Beugesehnen durchtrennt und der mediale Gastroknemiuskopf in ganzer Ausdehnung scharf von seinem Femuransatze abgelöst. Wird jetzt das Knie leicht gebeugt, so sinkt der Hautmuskellappen samt Nerven und Gefäßen nach unten, und die hintere Gelenkfläche liegt frei und dem Messer gut zugänglich zutage. Die Kapsel wird eröffnet und, soweit nötig, abgetragen; die Ligg. cruciata können von hier aus, falls erforderlich, bequem durchtrennt werden. Der Eiter kann jetzt unbehindert abfließen. Bei gebeugt fixiertem Knie bleiben die Weichteile der Kniekehle, nach Art einer Bogensehne in weitem Abstand von der Gelenkfläche, als dem Scheitel des Bogens, entfernt; eine breite, lockere Tamponade tut ein weiteres, um die Wunde offenzuhalten und sorgt für kapilläre Dränage. Die Muskeldurchtrennung scheut B. nicht, weil bei diesen schwereren Formen der Knieeiterung doch mit der Versteifung gerechnet werden muß, und andererseits die Myo- und Tenotomie einer späteren Flexionskontraktur des ankylosierten Gelenkes vorbeugt.

Seit B. überall da, wo die Arthrotomie nicht bald eine Entfieberung brachte, auf dem beschriebenen Wege den hinteren Knierezessus frühzeitig eröffnet, hat er nicht mehr das Gelenk breit aufzuklappen brauchen.

Wagner (Leipzig).

XI. Gynäkologie und Geburtshilfe.

831. **Weitere Erfahrungen mit der Diathermie gynäkologischer Erkrankungen (Beckenperitonitis, Zervizitis, Neuralgien);** von W. Lindemann. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 21. S. 678.)

Die rektale Behandlungsweise entzündlicher Prozesse im Becken mittels Diathermie — Anwendungsweise siehe im Original — kann zu einer oft überraschend schnell eintretenden Schrumpfung des Beckentumors führen, sofern nicht irgendwelche Veränderungen, z. B. zystischer Art, die Resorption behindern. L. empfiehlt, jede Beckenperitonitis, auch wenn sie operiert werden muß, vorher einer gründlichen Behandlung mit Diathermie zu unterwerfen, die den Patientinnen Erleichterung verschafft und die Operation erleichtert.

Bei Zervizitis und Endometritis hat sich nach diathermetischer Behandlung Verringerung der Sekretion gezeigt.

Bei neuralgischen Erkrankungen der Beckennerven beobachtet man nach Anwendung von rektaler Diathermie schnelles Verschwinden der Schmerzen.

Tosetti (Bonn).

832. **Zur Frage der Kriegsamenorrhöe;** von F. Spaeth. (Zentralbl f. Gyn. 1917. Nr. 27. S. 664.)

Die starke Zunahme der Zahl der in Behandlung kommenden Amenorrhöen veranlaßten S. zu einer Statistik von 30 Fällen, bei denen es sich durchweg um Angehörige des Arbeiterstandes handelt. Da S. in der teueren Praxis kein einziger Fall von Kriegsamenorrhöe vorgekommen ist, glaubt er annehmen zu dürfen, daß die Hauptursache in der Unterernährung zu suchen ist. Fast durchweg konnte S. im Gegensatz zu anderen Autoren, einen mehr oder weniger starken atrophischen Zustand des Uterus nachweisen. Tosetti (Bonn).

833. **Über Kriegsamenorrhöe;** von M. Graefe. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 18. S. 579.)

Die auffallende Mehrung der Amenorrhöen seit dem Jahre 1915 ließ G. die Frage nach deren Ursachen näher ins Auge fassen, die er mit anderen Autoren in heftigen psychischen Einflüssen, vor allem aber in der veränderten Ernährung und in der Verminderung der Nahrungsmenge sieht. In nahezu 45 % seiner Fälle ließ sich eine auffallende, bei 18 % bis zur ausgesprochenen Atrophie führende Verkleinerung des Uterus feststellen, bedingt durch den Fortfall der inneren Sekretion der Ovarien. Um die fortschreitende Atrophie des Uterus nicht irreparabel zu machen, schlägt G. therapeutische Maßnahmen vor, vor allem die Genehmigung größerer Lebensmittelmengen für solche Patientinnen.

Tosetti (Bonn).

834. **Bestimmung der Ovarialdosis;** von E. Mitscherlich. (Strahlenther. 1917. Nr. 8. S. 181.)

Die Höhe der zur Erziehlung einer Amenorrhöe notwendigen Röntgenstrahlendosis ist weitgehend unabhängig von dem Alter, Konstitution und Ernährungszustand der Patientin. Das Alter der Patientin ist, wenn überhaupt, so nur verschwindend gering von Einfluß auf die Ovarialdosis. Die Stärke der Ausfallserscheinungen bei gleicher Dosis ist unabhängig vom Alter der Patientin. In bestimmten Grenzen bestehen keine Schwankungen in bezug auf die Stärke der Ausfallserscheinungen, gleichgültig ob es sich um jugendliche oder um Patienten nahe der Klimax handelt. Kautz (Hamburg).

835. **Senkung und Prolaps von Uterus und Scheide als Folge ungenügender Ernährung;** von J. v. Jaworski. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 28. S. 708.)

Die auffallende Zunahme der Senkungen, Prolapse und Umstülpungen des Uterus in den letzten 1½ Jahren gaben v. J. Anlaß zu einer genaueren Durchsicht dieser Fälle, in denen es sich nicht nur um vielgebärende, sondern auch um junge nullipare Frauen handelt. Die Grundlage ist eine ungenügende Befestigung der Gebärmutter im Becken und diese eine Folge der Schlaffheit aller Gewebe des Organismus, entstanden durch ungenügende Ernährung. Tosetti (Bonn).

836. **Zur Behandlung der Portio- und Zervixkarzinome;** von H. Köhler. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 13. S. 410.)

Die Beobachtung, daß Radium und Mesothorium nicht die erwarteten Erfolge boten, führten an der genannten Abteilung dazu, zunächst per laparotomiam die Arteriae spermaticae zu unterbinden, Tuben und Ovarien zu entfernen, sodann die Blätter der Ligamenta lata stumpf auseinanderzubreiten, die Arteriae hypogastricae freizulegen und doppelt zu unterbinden und endlich die Parametrien samt Lymphgefäßen, Lymphdrüsen und Fettgewebe auszuräumen, von oben beginnend, an den Iliakalgefäßen entlang gehend und sich bis zum Psoas und Beckenboden hinarbeitend. Das Peritoneum soll herauf bis über die Teilungsstelle der Aorta gespalten werden, um auch dort vorhandene Drüsen zu entfernen. Schluß des Peritoneums und der Bauchwunde. Eventuell wird auch das Ligamentum rotundum beiderseits unterbunden und durchtrennt, um tunlichst jede Gefäßzufuhr zu unterbrechen. Dieses Verfahren stellt also die erste Hälfte der Wertheimoperation dar. Der Uterus atrophiert, auch das Karzinom wird kleiner und man braucht nunmehr zur Nachbehandlung kleinere Dosen Mesothor. Die Mesothorbehandlung wird gleich post operat. begonnen mit Messingfilter ohne Gummischutz für 12—16—24 Stunden, in 4—6 wöchigen Pausen. Solange wie möglich wird die Kapsel intrazervikal eingelegt. 60—100 mg Mesothor werden angewendet, im ganzen 2—6000 mg-Stunden. Es bildet sich eine neue Portio mit vollkommener allmählicher Epithelisierung. Nebenbei wird Jodkali per os oder intravenös Jodnatrium, auch Arsen gegeben. Das Verfahren wird seit zwei Jahren durchgeführt. Bei den inoperablen und sozusagen desolaten Fällen waren die Erfolge nur vorübergehend. Viele hatten sich aber auch der Kontrolle und wiederholten Behandlung entzogen. Von 32 operierten und 2 Jahre lang beobachteten Frauen starben 2 an den Folgen der Operation. 6 Fälle kamen nach der Operation nicht weiter zur Behandlung. 2 kamen erst nach 7 bzw. 12 Monaten moribund wieder. — Dagegen wurden von 7 operativ als Grenzfälle zu bezeichnenden 6 klinisch geheilt, einer kam erst 4 Monate post op. wieder. K. hält sich für berechtigt, seine Methode bei vollkommen operablen Fällen an die Stelle der Wertheimoperation zu setzen. Klien (Leipzig).

837. **Totale keilförmige Myomektomie von der Scheide aus;** von H. Freund. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 29. S. 715.)

F. berichtet über eine vaginale, totale keilförmige Myomektomie bei einem mit Uterusmyom komplizierten Prolaps; er geht dabei nach denselben Prinzipien vor wie bei dem ursprünglich abdominellen Verfahren, das im Ausschneiden eines großen melonenscheibenförmigen Keils aus dem Fundus und Korpus besteht, der stets die hintere und vordere Wand und den Uterusscheitel einbegreift. Das Verfahren gestattet ein völliges Aufklappen, Betrachten und Durchtasten aller Uteruswände, Behandlung des Endometriums und Herstellen eines von Neoplasmen freien, weiterfunktionierenden Uterus. Tosetti (Bonn).

---

838. **Ein Pessar zirka 35 Jahre in der Vagina;** von Gundrum. (Med. Klin. 1917. Nr. 18. S. 502.)

Eine Patientin, die seit 35 oder auch mehr Jahren wegen Vorfalls ein Pessar trug, ließ sich dasselbe erst nach langem Sträuben entfernen, als heftige Unterleibsbeschwerden einsetzten. Das Pessar, ein Holzpessar mit Haut umwickelt, war nie gereinigt, und auch während einer Schwangerschaft und Geburt nicht entfernt worden. Tosetti (Bonn).

839. **Geburtshilfliche Fragen;** von W. Stoeckel. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1917. Juliheft.)

In außerordentlich flüssiger Form bespricht St. die neuesten einschlägigen Arbeiten und teilt zugleich seine eigenen Erfahrungen und Ansichten mit. Es können im Referat leider nur die Kapitelüberschriften genannt werden und müssen Interessenten auf das lohnende Studium des Originals verwiesen werden. Es werden abgehandelt: Kriegsamenorrhöe, Kriegskinder, Kriegseklampsie, Eklampsietherapie. (St. bevorzugt den suprasymphysären zervikalen Kaiserschnitt.) Ovulation und Menstruation (Korpus luteum-Extrakt gegen Pubertätsblutungen und Menorrhagien). Alter und Konzeption. (Die Ansicht, daß Minderjährige bei der Entbindung sehr gefährdet seien, sei falsch.) Vorherbestimmung der Konzeption und des Geschlechtes beim Kinde. Schmerzstillung unter der Geburt und Narkose (Ablehnung des Dämmerschlafes, keine guten Erfolge mit den Dionin-Dialtabletten, vielleicht aber wegen zu kleiner Dosen; Empfehlung der Inhalationsnarkose, allenfalls Pudendusanästhesie bei Beckenausgangszangen und Dammnaht). Leitung der normalen Geburt. Dammschutz (Ablehnung der methodischen Dammdehnung). Nachgeburtsperiode. Abortus arteficialis und criminalis mit Besprechung der Indikationsstellung. Geburtshilfliche Komplikationen, und zwar Armvorfall, Anomalien der Kopfeinstellung, Fußvorfall, enges Becken. Vorzeitige Lösung der richtigsitzenden Plazenta. Anomalien des Fruchtwassers und der Nabelschnur. Lageveränderungen der Genitalien, auch operative, Uterusmißbildungen, Tumoren. Blut- und Stoffwechsel. Zange, Kaiserschnitt. Abmeißelung des Promontoriums. Uterusperforation. Die geburtshilfliche Ausbildung des praktischen Arztes: drei Monate Beschäftigung mit praktischer Geburtshilfe sollten gefordert werden. Vermehrung der geburtshilflichen Stationen in den Krankenhäusern für die ehemaligen Assistenten, die nicht Akademiker werden. Klien (Leipzig).

840. **Über Früheklampsie;** von F. Ebeler. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. H. 3. S. 536. 1917.)

E. hat 51 Fälle von Eklampsie in der ersten Hälfte der Schwangerschaft aus der Literatur gesammelt, denen er 4 eigene hinzufügt. Leider sind die ursprünglichen Angaben so unvollständig, daß sich Schlüsse hinsichtlich der Prognose u. a. nicht ziehen ließen. Die Behandlung war teils konservativ, teils operativ. 17 Kranke wurden geheilt, 10 erlagen. Klien (Leipzig).

841. **Die Behandlung der Eklampsie;** von P. Jung. (D. med. Woch. 1917. Nr. 8. S. 228.)

Nach Besprechung des Wesens, des Auftretens und der Vorzeichen der Eklampsie führt J. die therapeutischen Maßnahmen näher aus, die, während bis vor einigen Jahren fast überall bei noch nicht entbundenen Frauen die schleunigste operative Entbindung geübt wurde, heute meist konservativer Art sind (Stroganoff). Entschließt man sich doch zur Entbindung, so empfiehlt J. den abdominellen Kaiserschnitt oder die Kolpohysterotomia. Bei der Nachbehandlung ist vor allem auf Herz und Nieren zu achten. Von Komplikationen sind Gehirnapoplexien, Schluckpneumonien und Bronchitiden zu nennen. Wesentlich Neues bringt der Artikel nicht. Tosetti (Bonn).

842. **Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Leberkrankheiten und bei Schwangerschaftsikterus;** von E. Winter. (Med. Klin. 1917. Nr. 11. S. 293.)

Cholelithiasis ist nicht selten in der Schwangerschaft und im Wochenbett bedingt durch mechanische Gallenstauung und erleichterter Infektion der Gallenwege vom Darm aus. Eine Unterbrechung der Gravidität infolge Cholelithiasis ist niemals indiziert. Die akute gelbe Leberatrophie erfordert eine sofortige Unterbrechung. Der Zeitpunkt der Geburtseinleitung ist schwer zu wählen. Sicher ist die Diagnose akute gelbe Leberatrophie meist erst beim Auftreten zerebraler Symptome, dann aber erweist sich eine Heilung auch durch Unterbrechung der Gravidität kaum mehr möglich. Beim Schwangerschaftsikterus kommt alles auf die Differentialdiagnose an. Der akzidentelle Ikterus gibt niemals eine Indikation zur Unterbrechung, ebensowenig der ohne wesentliche Störungen verlaufende idiopathische oder rezidivierende Ikterus. Der Ikterus als Symptom einer Hyperemesis, einer Eklampsie oder der atypischen Toxikosen läßt eine Einleitung der Geburt angezeigt erscheinen entsprechend der für das Grundleiden geltenden Bedingungen. Bei Ikterus kann sich eine Indikation zur Einleitung der Frühgeburt von seiten des Kindes ergeben, wenn der Ikterus länger als zwei bis drei Wochen dauert (Kehrer). Unter 57 Fällen von Icterus catarrh. und akuter gelber Leberatrophie 45 Kindstode (Lomer).

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

843. **Zur Frage der primären Abdominalschwangerschaft;** von O. H. Fleischhauer. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 27. S. 657.)

Zur Frage des Vorkommens einer primären Abdominalschwangerschaft, teilt Fl. folgenden Fall mit:

Bei einer Patientin, bei der der Verdacht auf Extrauteringravidität bestand, fand sich bei vollkommen normalen Tuben und Ovarien ziemlich viel flüssiges und geronnenes Blut in der Bauchhöhle, entstammend einer kleinen Erhabenheit an der Rückseite des Uterus zwischen den Abgangsstellen der Ligg. sacrouterina. Die mikroskopische Untersuchung dieses exzidierten Stückes ergab, daß es sich um fötale Zellelemente in Verbindung mit mütterlichem Gewebe handelt, und zwar um Langhanszellen mit synzytialen Zellelementen, eine Zotte, die absolut beweisend gewesen wäre, wurde nicht gefunden. Differentialdiagnostisch käme eine chorioepitheliomatöse Metastase in Frage; gegen diese Annahme spricht die Anamnese, so daß man sich doch wohl für eine echte Bauchhöhlenschwangerschaft entscheiden muß. Tosetti (Bonn).

844. **Der künstliche Abort bei Schwangerschaftstoxikosen;** von Winter. (Med. Klin. 1917. Nr. 7. S. 173.)

Bei *Hyperemesis* ist nur sehr selten der künstliche Abort als lebenrettendes Mittel indiziert. Die Indikation soll gestellt werden, sobald *die ersten toxischen* Erscheinungen auftreten, dann darf aber auch nicht mehr gezögert werden. Entfernung des Eies in einer Sitzung, je nach Größe nach Dilatation mittels Hegarstiften oder Inzision der Zervix. Man muß die ersten Stadien der schweren Intoxikation diagnostisch zu fassen suchen. Am wenigsten brauchbar ist dazu die erhöhte Pulsfrequenz (entgegen Pinard), wichtiger ist schon die Arrhythmie, wenn eine solche vorher nicht bestanden hat. Auch die Erhöhung der Körpertemperatur ist verdächtig. Ammoniakgehalt des Harns auch über 10 Proz. (Williams) habe nichts zu bedeuten. Dagegen sei Ikterus bedenklich. Die Lävuloseprobe nach Hofbauer ist nicht pathognomonisch. Jedoch ist eine erst in späteren Stadien auftretende Albuminurie von Bedeutung. Sehr gravierend sind zerebrale Symptome wie Delirien, Exzitationszustände, Koma. Gewöhnlich treten die geschilderten Symptome ziemlich gleichzeitig auf und dann heiße es handeln, sonst tritt in 3 bis 8 Tagen der Tod ein. — Die geschilderte Indikationsstellung ist wohl mit die strengste, die je aufgestellt wurde. W. hat denn auch drei Todesfälle zu beklagen, von denen er selbst sagt, daß sie vielleicht durch rechtzeitige i. e. frühere Unterbrechung der Schwangerschaft hätten am Leben erhalten werden können.

Die *Hypersalivation* an sich oder als Komplikation der Hyperemesis erfordert nicht die Schwangerschaftsunterbrechung.

Bei typischer *Eklampsie* hat die Frage des künstlichen Abortes kaum eine praktische Bedeutung. Ganz anders die sog. „Eklampsie ohne Krämpfe", besser atypische Eklampsie. Sie ist zwar selten, aber in der schweren Form meist tödlich verlaufend. Leber, Nieren und Herz sind dabei erkrankt. Das klinische Bild ist ein sehr kompliziertes und wechselndes. W. selbst hat keinen Fall beobachtet und zitiert die Schilderung von Schickele. Est ist die sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft vorzunehmen, ein Erfolg aber fraglich.

Klien (Leipzig).

845. **Über Abortausräumung bei engem Muttermund;** von C. J. Gauß. (D. med. Woch. 1917. Nr. 12. S. 357.)

Ist man gezwungen, bei engem Muttermund eine Ausräumung vorzunehmen, so ist für G. die Wintersche Abortzange mit der von G. angegebenen Modifikation das Instrument der Wahl, das einer Forcierung der digitalen Ausräumung, vor allem aber der Kürette oder sogar der Kornzange unbedingt vorzuziehen ist.

Tosetti (Bonn).

846. **Diabetes insipidus in graviditate;** von J. Novak. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 5. S. 107.)

Die sehr seltene hereditäre, klinisch völlig gutartige Form geht mit einer normalen Genitalfunktion einher; sogar eine gewisse Fruchtbarkeit besteht. Dagegen findet sich bei dem häufigeren *sporadischen* Diabetes insip. oft Amenorrhöe, Genitalatrophie, Sterilität, Neigung zu Abort, Genitalhypoplasie. Während meist diese Veränderungen dem Diabetes koordiniert sind, kommen auch Fälle vor, wo die primären Veränderungen des Genitale die Ursache oder wenigstens das auslösende Moment des Diabetes darstellen. Beschreibung eines Falles von wiederholtem Diabetes insip. in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Als Erklärung wird die hypophysäre (Pars intermedia) Theorie abgelehnt, u. a. wegen der durchaus nicht konstanten diuretischen Wirkung von Hypophysenextrakten und der häufigen Fälle von Hypophysentumoren ohne Polyurie. Mehr Wahrscheinlichkeit für sich habe die Annahme einer Erregung eines sympathischen Reizleitungssystems, welches nicht bloß an der von Claude Bernard gefundenen Stelle des 4. Ventrikels zu finden sei, sondern sich auch in das Zwischenhirn fortsetze. Klien (Leipzig).

847. **Die Behandlung der Placenta praevia;** von Meyer-Wirz. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 3. S. 225.)

Möglichst klinische Behandlung anstreben. Vor Überführen in die Klinik innere Untersuchung vermeiden. Ebenso sei eine Vaginaltamponade zu unterlassen, da ihre Gefahren größer seien als ihr Nutzen (? Ref.). Ein expektatives Verhalten bei den durch Placenta praevia bedingten Blutungen in der Schwangerschaft sei zu verwerfen. Wenn gute Wehen vorhanden sind, eine gerade Lage und Pl. pr. lateralis besteht, Blasensprengung ev. kombiniert mit Pituitrin als Methode der Wahl. Vor Einsetzen der Wehentätigkeit sei der Eihautstich zu unterlassen. In der allgemeinen Praxis sei die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks der Metreuryse vorzuziehen. In den Kliniken dagegen die Metreuryse wegen der besseren Prognose für die

Kinder. Der Sectio caesarea *abdominalis* sei in Kliniken bei Pl. pr. eine größere Ausdehnung zu geben, auf alle infektionsfreien Fälle, welche nicht unter das Indikationsgebiet der Blasensprengung fallen, da sie die Chancen für die Kinder bedeutend bessert, ohne für die Mütter eine schlechtere Prognose zu bieten, als die übrigen Entbindungsverfahren. Klien (Leipzig).

848. **Die Einschränkung der geburtshilflichen Zange;** von E. Herzfeld. (D. med. Woch. 1917. Nr. 17. S. 519.)

H. bespricht zunächst kurz die Maßnahmen, die getroffen werden, um die Anwendung der geburtshilflichen Zange möglichst einzuschränken, und läßt sich näher über die Kristellersche Expressionsmethode aus; dann gibt er die Art an, auf welche der äußere Druck in der Großh. Hess. Hebammenlehranstalt in Mainz ausgeführt wird, daß der zur rechten Seite der Kreißenden stehende Arzt seinen rechten Arm so auf den Fundus uteri legt, daß er zugleich mit beiden Händen die Oberschenkel der Frau, an der Glutäalfalte beiderseits von außen umfaßt. Dabei schiebt sich der rechte Arm vom Pectoralis major bis zum unteren Ende des Bizeps, als weiches Polster dem Gebärmuttergrunde und ihrer Seitenwand an und vermag sie zugleich nach der Mittellinie hinzudrängen und einen kräftigen Druck in der Richtung des Fruchtachsendruckes auszuüben. An Hand einiger Fälle werden die Vorteile dieser Methode erörtert. Tosetti (Bonn).

849. **Vaginal delivery after cesarean section;** by N. R. Mason. (Boston med. and surg. Journ. Bd. 176. Nr. 4. S. 127. 1917.)

Die Arbeit wendet sich an diejenigen, die prinzipiell die Ruptur einer Kaiserschnittnarbe bei einer folgenden Entbindung fürchten. Wenn die Heilung fieberlos und ohne Infektion erfolgt ist, dann halte die Narbe einer oder mehreren folgenden Entbindungen stand. Es gelte also nicht der Satz: einmal Kaiserschnitt, immer Kaiserschnitt. Um eine feste Narbe zu erhalten, sei außer den obigen Bedingungen empfehlenswert, vor dem Kaiserschnitt erst einige Stunden Wehen abzuwarten, damit die Uteruswand durch die Kontraktionen dicker werde. Deshalb zieht M. auch den Schnitt im oberen Teil des Uterus dem in der Zervix vor. Keine Eventration. Naht nach Sänger ohne Mitfassen der Dezidua. Newell empfiehlt das Anlegen je einer umfassenden Naht an den beiden Schnittenden, weil hier häufig Muskelrisse infolge der Extraktion des Kindes unbemerkt entstanden sind. Selbst seitliche Einrisse kommen vor und müssen genäht werden, damit sie später keine nachgiebigen Stellen abgeben. Bei einem wiederholten Kaiserschnitt solle man die alte Narbe exzidieren, um nunmehr wieder nur eine zu haben. Auffallenderweise zieht M. das Chromkatgut dem Jodkatgut zur Kaiserschnittsnaht vor. Er hat mit letzterem zwei Uterus-Bauchdeckenfisteln erlebt. Vielleicht würden sich Kängurusehnen am besten bewähren. — M. konnte durch Umfrage nur einen einzigen Fall feststellen, in dem die aseptisch geheilte Narbe bei einer folgenden Entbindung platzte. — War der Kaiserschnittsverlauf fieberhaft, dann solle man allerdings später wieder mittels Kaiserschnitt entbinden. Klien (Leipzig).

850. **Über die Behandlung septischer Erkrankungen, speziell des Puerperalfiebers, mit dem Silberkolloid „Dispargen";** von W. Saalfeldt. (Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 23. S. 562.)

S. berichtet über 29 Fälle septischer Erkrankungen, die mit Dispargen behandelt (2proz. Lösung, intravenös verabfolgt) ohne Nebenschädigung der Organe günstig beeinflußt wurden. Von den 29 Fällen gingen 24 in Heilung aus. Besonders aussichtsreich erscheint es, das Präparat prophylaktisch bei beginnenden Puerperalfieberfällen anzuwenden. Tosetti (Bonn).

851. **Kriegsschnellgeburten;** von M. Nassauer. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 941.)

N. hat den Eindruck, als ob jetzt im Kriege viele Geburten auffallend schnell verliefen. Er führt dies, ebenso wie die Kriegsamenorrhöe, auf das irritierte Nervensystem zurück, welches seinerseits wieder auf die Drüsen mit innerer Sekretion wirkt, die unmittelbar Amenorrhöe und Schnellgeburten hervorrufen. N. stellt sich die Ursachen des Geburtseintritts überhaupt so vor: während der Schwangerschaftsamenorrhöe findet eine allgemeine Überschwemmung des Organismus mit dem Sekret der spezifischen innersekretorischen Drüsen statt. Bei einer gewissen Grenze angekommen, wird diese Überflutung zum wehenauslösenden Moment. Klien (Leipzig).

852. **Vom Stillen in der Kriegszeit;** von Steinhardt. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 29. S. 943.)

St. konnte feststellen, daß die Stillfähigkeit durch die Kriegskost keine Änderung erleidet, zum mindesten nicht beeinträchtigt werde. Eine Schädigung der stillenden Mutter durch die Kriegskost findet ebenfalls nicht statt. Klien (Leipzig).

XII. Haut- und Gechlechtskrankheiten.

853. **Der Einfluß des Krieges auf die Dermatomykosen und ihre Pilzflora;** von W. Fischer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 30. S. 938.)

Anknüpfend an die anfangs des Krieges vielfach endemieartig in Lazaretten aufgetretenen Fälle von Epidermophytie hat sich F. mit der Trichophytonflora beschäftigt und stellt fest, daß unter dem Einfluß des Krieges und der damit veränderten Verhältnisse auch eine deutliche Änderung im Bilde der uns von früher her bekannten Pilzflora eingetreten ist. Während bei der Zivilbevölkerung die Trichophytien zwar, wie alle parasitären Hautkrankheiten, zugenommen haben, aber jetzt noch wenigstens von den gleichen Infektionsträgern wie bisher bedingt sind, sind beim Militär infolge der Berührung mit dem Auslande neue, bei uns wenig oder gar nicht bekannte Pilzarten als Erreger von Trichophytie aufgetreten; es ist anzunehmen, daß mit der Zeit die Pilzflora der Dermatomykosen in Deutschland gegenüber den früheren Jahren erhebliche Varianten aufweisen wird. F. meint, auch ohne jede klinisch sichtbare Infiltration seien bereits doch in den meisten Fällen die Follikel bzw. die Haare infiziert. Jodtinktur allein sei daher nicht ausreichend; er empfiehlt Schwefel und Chrysarobin, warnt davor, die oberflächlichen Formen mit Röntgen- oder Quarzlicht zu behandeln. Brauns (Dessau).

854. **Das Licht als Heilmittel;** von F. Schanz. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 21. S. 131. 1917.)

Unter Gegenüberstellung der Spektren des Lichtes der Quarzlampe und des Lichtes der Sonne und der offenen Bogenlampe weist Sch. darauf hin, daß zwar die letzteren beiden sehr ähneln, aber die Quarzlampe

ganz anderes Spektrum zeige. Daher dürfte dieses in der sog. „künstlichen Höhensonne" auch kaum die echte Höhensonne zu imitieren imstande sein. Besseren Ersatz biete da immer noch die Sonnenbestrahlung in Mittelgebirgen, an der See nötigenfalls — wenn die Wirkungen des Tageslichtes nachlassen — unter Anreicherung der kurzwelligen Strahlen mittels künstlicher Lichtquellen (offene Bogenlampe) bis etwa 300 $\mu\mu$ Wellenlänge. Brauns (Dessau).

855. **Über eine neue Salbengrundlage „Laneps";** von v. Notthafft. (Med. Klin. 1917. Nr. 8. S. 212.)

Laneps, durch Kondensation aromatischer Kohlenwasserstoffe zu hochmolekularen Komplexen gewonnen, besitzt alle Eigenschaften, die der Dermatologe von einer guten Salbengrundlage verlangen muß, Geschmeidigkeit, Reizlosigkeit, gute Deckkraft, Geruchlosigkeit, Wasseraufnahmefähigkeit und Verreibbarkeit mit Heilmitteln. Es ist nicht wesentlich teurer als Vaselin, Lanolin und ähnliches. Brauns (Dessau).

856. **Zur Ätiologie der schwarzen Haarzunge;** von M. Oppenheim. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 23. S. 712.)

O. lehnt die Ansicht von der Pilznatur der Erkrankung bei der schwarzen Haarzunge ab. Diese kann artifiziell erzeugt werden; gewisse Substanzen, wie Tt. Ratanhiae, Tt. Gallarum sind imstande, eine Hyperkeratose und Hypertrophie der Papillae filiformes zu erzeugen bei gleichzeitiger Imbibition mit färbenden Substanzen in Analogie mit der Hyperkeratose der Haut, verursacht durch Teer, Anilin, unreines Vaselin.
Brauns (Dessau).

857. **Alopecia totalis nach psychischem Trauma;** von F. Fischl. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 247.)

Der 43jährige Infanterist verlor infolge Nervenschocks — er sah den Tod durch Versinken im Sumpfe vor Augen — binnen 14 Tagen sämtliche Haare. Die Therapie ist in solchen Fällen ziemlich aussichtslos.
Brauns (Dessau).

858. **Über die Methoden der Lupustherapie in der Wiener Lupusheilstätte;** von L. Spitzer. (Strahlentherapie 1917. Nr. 8. S. 81.)

Ausführliche Beschreibung der an der Wiener Lupusheilstätte geübten Verfahren, wie sie nach dem Vorgange Jungmanns in Exstirpation, Finsen-, Radium-, Röntgen-, Quarzlampen-, Helio-, Pyrogallustherapie, Heißluftbrennung, Diathermie, Tuberkulin-Chemotherapie, künstliche Höhensonne und Kohlenbogenlichtbad geübt werden. Auch die in streng umschriebener Indikation angewandte chirurgische Therapie zeitigt rasche Erfolge und stellt ein sehr ökonomisches Verfahren dar.
Kautz (Hamburg).

859. **Über Erythema infectiosum;** von K. Ochsenius. (Münchn. med. Woch. 1917. H. 26. S. 838.)

12 Fälle von Erythema infectiosum geben O. Veranlassung, die Pathologie dieser Erkrankung durchzusprechen. Bemerkenswert ist, daß er in einem Falle Gelenkschmerzen, in einem anderen Konjunktivitis mit Lichtscheu als Prodromalerscheinungen beobachtete.
Brauns (Dessau).

860. **Tuberkuloseähnliche Gewebsveränderungen bei Syphilis, Lepra und Sporotrichose;** von E. Hoffmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 806.)

Tuberkuloide Strukturen kommen im Haut- und Unterhautgewebe nicht nur bei Tuberkulose, sondern auch bei Syphilis, Lepra, Sporotrichose und anderen Pilzerkrankungen vor; mitunter kann durch die Syphilisspirochäte selbst das Bild des Boeckschen Sarkoids (Miliarlupoids) hervorgerufen werden. Nicht nur durch sorgfältige Untersuchungen am Menschen, sondern auch durch das Experiment am Kaninchenauge ist der Beweis erbracht worden, daß das Syphilisvirus an sich tuberkelähnliche Gewebsveränderungen zu erzeugen vermag. Bei der histologischen Diagnose der Tuberkulose müssen diese Erfahrungen zur Verhütung verhängnisvoller Irrtümer beachtet werden. Brauns (Dessau).

861. **Kriegsbehandlung der Syphilido-Dermatologie, Fettersparnis;** von Kromayer. (D. med. Woch. 1917. Nr. 26. S. 815.)

Zur Fettersparnis empfiehlt Kr. eine Hg. salicyl.-Emulsion: Hg. salic. 1,0 + Sol. Hg. oxycyanat. (1 : 4000) 10,0. Geschüttelt gibt das eine gleichmäßige Emulsion, die sich lange genug hält, um bequem die Injektion zu ermöglichen. Statt Zinkpaste soll man Karrageendekokte (10,0 : 600,0) mit 250,0 Zinkoxyd + 500,0 Talkum mischen. Für Krätzebehandlung Schwefel und Karrageendekokt aa. Andere Medikamente, die so verwandt werden können, sind: Chrysarobin 5,0, Acid. salic. 2,0 mit obiger Past. Zinc. aquos. Dieselbe Zinkpaste kann mit 10% Ol. Cadin. gemischt zur Verwendung kommen. Als Kühlemulsion empfiehlt Kr. Sahne (!) allein oder mit der Hälfte Lanolin gemischt. Lanolin mit Wasser und Ölzusatz ist ebenfalls zu empfehlen. Deutsches Vaselin, Vaselinersatzpräparate und Paraffin reizen und sind zur Zeit nicht brauchbar. Zu Bädern und Umschlägen eignet sich Kal. permang. 1 : 4000 für fast alle entzündlichen und infektiösen Affektionen (Impetigines usw.). In gleicher Weise wirkt Tt. Jodi 5,0—10,0 + Aqua 5,0—25,0 + Kal. jodat. 0,5, verwendbar für Impetigo, Prurit. vulv., Fuß- und Zehenekzem, Furunkel, chron. Ekzem, intertriginösen Dermatitiden, Ekthyma, Skabies, Frost, gegen Prurit. und Ekzema ani in Verbindung mit Röntgen. Als letztes und bestes fettloses Mittel wird Röntgen empfohlen. Brauns (Dessau).

862. **1. Die Brucksche Globulinfällungsreaktion in den einzelnen Stadien der Syphilis. Zugleich ein Beitrag zum Wesen dieser Reaktion;** von W. Gärtner. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 25. S. 603.)

2. Über die Brucksche serochemische Reaktion bei Syphilis; von E. Nathan. (Ebenda S. 601.)

3. Zur Frage der serochemischen Reaktion der Syphilis nach Bruck; von G. Stümpke. (Ebenda S. 605.)

Gärtners Untersuchungen im Festungslazarett Ravensberg zu Kiel (Chefarzt Gennerich) angestellt ergaben, daß sich die Brucksche Reaktion in dem einzelnen Luesstadium verschieden verhält. Im Exanthemstadium ist sie stets positiv und läßt sich gelegentlich bis 0,2 HNO_3 austitrieren. Mit zunehmendem Alter rückt die Niederschlagsgrenze hinauf, so daß die Reaktion in späteren Stadien fast ausnahmslos negativ wird. Ist sie in älteren Stadien trotzdem positiv, so kommen anderweitige Krankheiten als Ursache in Frage. Kehrt nach unzureichender Sterilisationskur positive Wassermannsche Reaktion wieder, so entwickelt sich auch wieder positiver Bruck. Durch Austitrieren des Bruck kann man den Grad der wiederhergestellten Allgemeindurchseuchung gewisser-

maßen verfolgen. Einige Zeit nach Abschluß der Sterilisationskuren ist sie negativ. Im Vergleich mit der Wassermann-Reaktion wird sie es aber bei *Infektionstherapie* später. Kalomelinfiltrate und Abszesse führten zu der Erkenntnis, daß dieses Fortbestehen „unspezifisch" ist, da diese Gewebseinschmelzungen nach Injektionstherapie positiven Bruck ergeben. Bei *Schmierkuren* wird sie eher negativ als die Wassermann-Reaktion. Gewebszerfall bzw. Globulinvermehrung des Blutlpasmas gehören zum Wesen der Bruckschen Reaktion. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen bei Kalomelabszessen stehen die Beobachtungen bei Tuberkulose, Pocken, Bubonen, Fisteln und anderweitigen mit Infiltration bzw. Eiterung einhergehenden Erkrankungen. Hieraus ergibt sich, daß man kaum von einem spezifischen Bruck sprechen kann, im Gegensatz zur Wassermann-Reaktion, die an den spezifisch-syphilitischen Gewebszerfall bzw. an die daraufhin im Blut auftretenden Globuline gebunden ist. Die Globuline können nach Friedmann und P. Schmidt als die Träger der Wassermann-Reaktions-Eigenschaften angesehen werden. Da die Wertigkeit der Wassermann-Reaktion weniger schnell sinkt als die Globuline im Serum, so muß angenommen werden, daß die Globuline ihre Wassermann-Eigenschaften während des Bestehens der Krankheit verstärken. Der Wert der Bruckschen Reaktion liegt vorläufig noch auf theoretischem Gebiet, und sie verspricht vielleicht auch bei anderen Erkrankungen, z. B. Tuberkulose, eine Ausbeute. Zur Luesdiagnose ohne Berücksichtigung des vorliegenden Krankheitsfalles eignet sie sich nicht.

Nathan fand bei seinen Untersuchungen, die in Herxheimers Klinik angestellt wurden (300 Sera), daß allerdings die Sera von Syphilitikern mit klinischen Erscheinungen bzw. mit positiver Wassermann-Reaktion in größerem Prozentsatz die Brucksche Reaktion, d. h. die Erscheinung einer leichteren Fällbarkeit des Serumeiweißes bzw. der größeren Stabilität des gefällten Säurealbuminats in destilliertem Wasser zeigen, als die nichtsyphilitischen Sera, ohne daß jedoch diesem Phänomen eine irgendwie praktisch-diagnostische Verwertbarkeit vindiziert werden dürfte. Die Brucksche Reaktion dürfte daher in ihrer jetzigen Form einen Fortschritt nicht bedeuten.

Auch Stümpke im Stadtkrankenhause Hannover-Linden spricht seine Ansicht dahin aus, daß sowohl die Fälle von sekundärer wie seropositiver Syphilis seiner Versuchsreihen sehr für eine Überlegenheit der klassischen Wassermann-Reaktion sprechen, daß nach Bruck eine große Anzahl offenbar spezifischer Fälle nicht spezifisch reagieren. Brauns (Dessau).

863. **Beitrag zur Frage der Verwertbarkeit der Bruckschen serochemischen Reaktion bei Syphilis;** von Br. Funccius. (Berl. klin. Woch. 1917. S. 406.)

In ihrer jetzigen Form kann die Brucksche serochemische Reaktion als Ersatz der Wassermannschen Reaktion nicht in Frage kommen, da sie einstweilen noch zu viel Fehlresultate aufweist. Die in über 50 % der Proben erhaltene Übereinstimmung der Bruckschen und der Wassermannschen Reaktion gibt der Hoffnung Raum, daß es gelingen wird, auf dem von Bruck angegebenen Wege zu einer zuverlässigen und praktisch brauchbaren serochemischen Reaktion der Syphilis zu gelangen. Koenigsfeld (Freiburg).

864. **Der klinische Wert der serochemischen Syphilisreaktion nach Bruck;** von R. Stephan. (Zentralbl. f. innere Med. 1917. Nr. 17. S. 265.)

Es wurden die Sera von 268 Patienten mit dem Wassermannschen Komplementbindungsverfahren und der von Bruck angegebenen Salpetersäurefällungsmethode untersucht. Hierbei ergaben sich sehr weitgehende Differenzen. Eine Übereinstimmung zeigte sich nur in 132 Fällen, indessen fiel die Brucksche Reaktion bei 40 Fällen von klinisch und serologisch einwandfreier Lues negativ aus, während sie bei 20 Fällen, die weder anamnestisch, klinisch noch autoptisch irgendeinen Anhalt für Syphilis boten, positiv war; das gleiche Resultat bot die Brucksche Reaktion auch noch bei 60 zwar nicht autoptisch sichergestellten aber klinisch einwandfrei nicht luetischen Personen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

865. **Noch einmal über den sogenannten Wasserschaden in der Salvarsanbehandlung;** von G. Nobl. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 19. S. 849.)

An 230 Fällen, bei denen zur Salvarsaninjektion destilliertes vor etwa $^1/_2$ Jahr in Phiolen abgefülltes Wasser benutzt wurde, weist N. nach, daß der sog. Wasserfehler nicht besteht. Die meisten behandelten Kranken blieben ohne Temperatursteigerungen; ein intensiveres Anschwellen der Temperatur kam in Einzelfällen vor, es kann in allen Stadien der Lues und auch in Zeitläufen der Latenz gelegentlich bei völlig gleichbleibender gewissenhafter Vorbereitung und Verwendung ein und desselben Infusionsmaterials zustande kommen. Brauns (Dessau).

866. **Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilistherapie;** von J. Kyrle. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 22. S. 707.)

Aus früheren Beobachtungen ist die Tatsache bekannt, daß interkurrierende Fieberzustände während einer Syphiliskur günstig einwirken. K. hat nun bei einer Anzahl von Fällen künstlich Fieber erzeugt durch parenterale Eiweißverabreichung. Schon aus diesen noch wenigen Fällen aber ist zu entnehmen, daß es dabei mit relativ recht minimalen Quantitäten von Hg., mit denen sonst wohl niemals ein befriedigender Endeffekt erzielt werden könnte, gelingt, Kranke symptomfrei und Wassermann negativ zu machen. K. glaubt daher, daß man durch Einschaltung von Fieber in den Behandlungstypus allgemein bessere Dauerresultate erhalten werde. Brauns (Dessau).

867. **Behandlung der luetischen fibrösen Sklerosen mit Acid. carbolicum liquefactum nebst histologischen Bemerkungen über Restsklerosen und syphilitische Primäraffekte;** von Fabry. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 15. S. 487.)

Karbolsäureätzungen (jeden 2. Tag) bis alle verdächtige Härte geschwunden ist, verhüten das Verbleiben von spirochätenhaltigen Restsklerosen. Alle mikroskopisch untersuchten Primäraffekte zeigten das Bild der Endarteritis (Elasticafärbung). Brauns (Dessau).

868. **Über reaktionslose intravenöse Injektionen von Fulmargin bei Komplikationen der Gonorrhöe;** von Pakuscher. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 20. S. 480.)

Nach neueren Erfahrungen ist die Schuld an unerwünschten und gefährlichen Nebenwirkungen bei intravenöser Verabfolgung von kolloidalem Silber (und anderen Edelmetallen) der Art der Herstellung der Lösungen und besonders dem als Schutzkolloid beigefügten Eiweißkörper zuzuschreiben. Die auf chemischen Wege gelösten Kolloidmetalle zeigen die unerwünschten Nebenwirkungen, sind zudem in ihrer Wirkung nur wenig sicher. Den durch elektrische Zerstäubung gewonnenen kolloidalen Lösungen der Edelmetalle dagegen haften solche Nebenwirkungen nicht an, es fehlt in ihnen das

artfremde Eiweißschutzkolloid; außerdem haben sie sich als viel wirksamer als die chemischen Lösungen erwiesen. P. hat nun mit Fulmargin bei Epididymitis und gonorrhoischen Gelenkerkrankungen gute Erfolge erzielt, keine dagegen bei Prostatitis. Dosis 1 Ampulle = 5 ccm täglich intravenös. Brauns (Dessau).

869. **Über eine kombinierte Proteinkörper-Vakzinetherapie bei gonorrhoischen Komplikationen;** von A. Weiß. (Wien. med. Woch. 1917. Nr. 14. S. 653.)

Gute Erfolge durch Injektionen von Milch und Gonargin, erstere zu 10 ccm jeden 3. Tag intraglutäal, letzteres zu 1/4 ccm jeden 4. Tag intravenös. Nur bei protrahierter Fieberreaktion wurde die Entfieberung abgewartet. Brauns (Dessau).

870. **Über die Gonorrhöe-Behandlung in der Etappensanitätsanstalt Solothurn;** von G. Huber-Pestalozzi. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 19. S. 593.)

H.-P. hat gute Erfahrungen mit Syrgol gemacht, verwirft die sog. Bierprobe, bevorzugt dagegen provozierende Höllenstein-Injektionen, sonst nichts Neues. Brauns (Dessau).

871. **Aktuelles über die weibliche Gonorrhöe;** von C. Bucura. (Wien. klin. Woch. 1917. Nr. 24. Sonderabdruck.)

Die Diagnostik der weiblichen Gonorrhöe ist gleichbedeutend mit der sorgfältigsten erschöpfenden Sekretuntersuchung. Da die Scheide nur in der Kindheit und Schwangerschaft zur Ansiedlung der Gonokokken taugt, kommt hauptsächlich die Untersuchung des Sekrets der Urethra, der Zervix und des Uterus in Betracht. Die Behandlung sämtlicher Schlupfwinkel ist erforderlich und wird daher nur von einem gründlich gynäkologisch Durchgebildeten erfolgreich zu führen sein. Eingehende Beschreibung der Behandlungstechnik, wie sie B. anwendet. Er bevorzugt 1—5 % wässerige Kollargollösungen und 1—2 % wässerige Methylenblaulösungen, fettige Substanzen verwirft er. Bei Adnexerkrankungen Vakzinetherapie, von der übrigens B. ebenfalls den Eindruck hat, daß sie bei Lokalisationen der Erkrankung, die mit der Außenwelt kommunizieren, unwirksam bleibt. Brauns (Dessau).

872. **Kann eine Verbreitung der Gonorrhöe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden?** von H. Reiter. (D. med. Woch. 1917. Nr. 22. S. 690.)

R. hält die Reaktion, die gestattet, scheinbar geheilte gonorrhoische Erkrankungen durch subkutane Injektion von Gonokokkenvakzin wieder manifest zu machen und dadurch als Scheinheilungen zu entlarven, für geeignet, bei der Demobilisierung die wertvollsten Dienste zu leisten. Er verlangt, daß alle frischen oder ungeheilten Gonorrhoiker bei der Demobilisierung zunächst nicht in die Heimat zu entlassen, sondern geeigneten Etappenlazaretten zugeführt werden, in denen sie bis zur Heilung verbleiben. Ebenso sollen alle während des Feldzuges erkrankt gewesenen, deren Leiden angeblich ausgeheilt ist, vor der Entlassung in geeigneten Stellen der Etappe einer Prüfung mittels Gonokokkenvakzin unterworfen werden. Diese Prüfung hat derart zu erfolgen, daß am Nachmittag 1 ccm polyvalenten Gonokokkenvakzins subkutan injiziert wird. Ergeben sich am nächsten Morgen klinisch verdächtige Erscheinungen, aber ohne Fluor bzw. ohne mikroskopischen Gonokokkennachweis, dann am gleichen Tage eine zweite Injektion in doppelter Dosis. Lassen sich auch danach keine Gonokokken feststellen, kann der Mann in die Heimat entlassen werden. Dies Verfahren nimmt höchstens 3 Tage in Anspruch. R. rät schon jetzt für reichlichere Herstellung von Vakzine an staatlichen Instituten zu sorgen und Listen über die an Gonorrhöe erkrankten Militärpersonen aufzustellen. Brauns (Dessau).

B. Bücherbesprechungen.

41. **Bakteriologisches Taschenbuch;** von R. Abel. 20. Aufl. Würzburg 1917. Curt Kabitzsch. 142 S. (Brosch. 2 Mk. 50 Pf.)

Das A.sche Taschenbuch bedarf keiner besonderen Empfehlung mehr. Es hat sich ja bereits in allen bakteriologischen Laboratorien eingebürgert und leistet da wertvolle Dienste. Besonders gilt dies, wie Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen kann, für die Feldlaboratorien.

Die neue Auflage bringt Veränderungen in größerem Umfange. Neu aufgenommen sind Abschnitte über Gasbrand, Schweinerotlauf und bakteriologische Fleischbeschau. Bei den Färbungen der Malaria-Plasmodien vermisse ich einen besonderen Hinweis auf die May-Grünwaldsche Färbung als einfachste Methode. In einer neuen Auflage werden auch ein paar Worte über Fleckfieber und die Weil-Felixsche Reaktion zu sagen sein. Koenigsfeld (Freiburg).

42. **Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen.** *Ein Lehrbuch für die Praxis;* von J. Schwalbe. I. Bd. Leipzig 1917. Georg Thieme. 458 S. mit 26 Abb. (Brosch. 12 Mk.; geb. 13 Mk. 20 Pf.)

Sch. hat eine Reihe früher in der D. med. Woch. erschienener Abhandlungen gesammelt in Buchform herausgegeben und damit die praktisch sehr wertvollen Aufsätze einem größeren Leserkreise zugänglich gemacht. Neben der Aufzählung der bewährten Mitarbeiter: Colmers, Grober, Jung, Kahler, Kümmel, Peiper, Schieck, Schletter und Tobler erübrigt es sich, die Vortrefflichkeit des Werkes besonders hervorzuheben. Bemerkt sei, daß das Buch trotz seiner Ausführlichkeit nicht eigentlich zum Nachschlagen bestimmt scheint, sondern vielmehr zum gründlichen Durcharbeiten dem Praktiker empfohlen werden muß, denn es handelt sich hier um Gebiete, die dem Arzte in jedem Augenblicke geläufig sein müssen. Die anregende, zum Teil glänzende (Grober) Darstellung in Form klinischer Vorlesungen ist von didaktischem Wert und erleichtert das Studium. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

43. **Das Problem krimineller Bekämpfung der Ansteckung mit Geschlechtsleiden;** von H. Lieske. [Würzb. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. Bd. 17. H. 3.] Würzburg 1917. Curt Kabitzsch. (Einzelpreis 1 Mk.)

L. weist nach, daß alle strafrechtlichen Maßnahmen, soweit sie jetzt bestehen oder in Vorschlag gebracht sind, bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als stumpfe Waffe gelten müssen, während andere auf strafrechtliche Stütze verzichtende Reformvorschläge (Besserung des Prostitutionswesen, Zwangsbehandlung,

Beschränkung des Kurpfuscherwesens, Einrichtung von Gesundheitsämtern nach norweg. Muster) wohl Erfolg versprechen. Vor allem aber müsse der Pharisäergeist ausgerottet werden, das Odium verschwinden, das diese sog. Geheimleiden umgibt. Brauns (Dessau).

44. **Die Hygiene des Geschlechtslebens;** von M. Gruber. Stuttgart 1917. Ernst Heinrich Moritz. 112 S. u. 4 Taf. (Geb. 1 Mk. 80 Pf.)

Mit edler Offenheit bespricht Gr. rückhaltlos die heikelsten Dinge, ausgehend von der Erkenntnis, daß nur die Klarheit Wandlung und Hilfe schaffen kann. Mit flammenden Worten beleuchtet Gr. in der Einleitung sein Wollen und betont die Ehrfurcht vor geschlechtlichen Dingen, die geschlechtliche Verantwortung. Cordes (Berlin).

45. **Briefe an die Angehörigen von Geisteskranken;** von W. H. Becker. Berlin 1917. S. Karger. 83 S. (2 Mk. 50 Pf.)

Zur Aufklärung für die Angehörigen von Geisteskranken und sonstige Laien gut geeignete Schrift. Jolly (Halle).

46. **Geschichte des Seelenbegriffes und der Seelenlokalisation;** von B. Révész. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 310 S. (Brosch. 8 Mk.)

R. führt die Ansichten über das Wesen und den Sitz der Seele in geschichtlicher Reihenfolge vor und betont die Berührungpunkte, in denen sich diese Lehren mit den Geistesströmungen ihrer Zeit treffen. Er bringt dabei nicht nur die Meinungen von Philosophen und Psychologen, sondern auch die derjenigen Ärzte, die sich mit dem Seelenproblem befaßt haben. In einem letzten Kapitel des umfangreichen Buches führt er aus, daß man den beiden uralten Ansichten, daß die Seele Eigenschaft der Materie oder eine eigene Substanz sei, nur noch historische Bedeutung zuerkennen dürfe. Die Gesamtheit der innerlichen Tatsachen, die Geschehnisse in unserem Bewußtsein, also Empfinden, Fühlen, Denken, Erwägen, Wollen, Handeln, oder wie Pfänder sage, die seelische Wirkung im Gegensatz zur materiellen Wirklichkeit, das sei die Seele. Das Gehirn sieht er, ebenfalls mit Pfänder, als Vorbedingung, nicht aber als den Ort des psychischen Geschehens an. Jolly (Halle).

47. **S. Freuds Sexualpsychoanalyse;** von J. H. Schultz. Berlin 1917. S. Karger. 40 S. (Geh. 1 Mk. 50 Pf.)

Das Heft ist als kritische Einführung für Gerichtsärzte, Ärzte und Laien gedacht.

Die objektive Beurteilung der Psychoanalyse wird nach Sch. die wertvollen Bestandteile der Psychokatharsis anerkennen und auch in vielen der Freudschen Mechanismen individualpsychologisch-heuristisch schätzbare Momente bestehen lassen können, deren Anwendung eine bestimmte Konstitution zur Voraussetzung hat. Jolly (Halle).

48. **Grundriß der psychiatrischen Diagnostik;** von J. Raecke. Berlin 1917. A. Hirschwald. 6. verm. u. verb. Aufl. 194 S. mit 14 Textfig. (Geb. 3 Mk. 60 Pf.)

Ein Beweis der Beliebtheit und praktischen Brauchbarkeit des R.schen Büchleins ist es, daß dasselbe schon in 6. Auflage erscheinen konnte. R. mußte sich auf geringfügige Veränderungen gegenüber der vorigen Auflage beschränken. Jolly (Halle).

49. **Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik;** von R. Bing. 3. verm. u. verb. Aufl. Berlin u. Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. 235 S. mit 97 Abb. (Brosch. 7 Mk.; geb. 8 Mk. 50 Pf.)

Das vortreffliche Buch B.s, dessen Zweck es ist, eine Anleitung zur klinischen Lokalisation der Erkrankungen und Verletzungen der Nervenzentren zu geben, ist dem Fortschritt der Wissenschaft entsprechend vielfach neubearbeitet und ergänzt und wird bei seiner praktischen Brauchbarkeit auch in der neuen Auflage die verdiente Verbreitung finden. Jolly (Halle).

50. **Bilder für stereoskopische Übungen zum Gebrauch für Schielende;** von C. Dahlfeld. 9. Aufl. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 1. Teil: 32 Tafeln. 2. Teil: 30 Tafeln. (Preis für jeden Teil 5 Mk.)

Die zweckmäßigen Stereoskopenbilder D.s haben sich eine weite Verbreitung und viel Anerkennung verschafft. Das dazugehörige Stereoskop liefert die Firma *Dettmann* in Lübeck. Sie sind sowohl nach dem Prinzip der Ergänzungsbilder wie der Verschmelzungsbilder gezeichnnet und bewähren sich gut bei den Übungen der schielenden Augen. Vielleicht wären noch einige Tafeln wünschenswert, die auf die Schwachsichtigkeit des schielenden Auges mehr Rücksicht nehmen, wie sie Hegg seinen Tafeln beigefügt hat. Schoeler (Berlin).

51. **Hitzschlag und Sonnenstich;** von A. Hiller. Leipzig 1917. Georg Thieme. 107 S. mit 5 Abb. (Brosch. 3 Mk.)

Seit 1885 hat sich bereits H. der Erforschung dieser, namentlich vom militär-hygienischen Standpunkt aus wichtigen Erkrankung gewidmet. Die vorliegende Abhandlung bildet einen Auszug einer Reihe 1885—1916 erschienenen Arbeiten H.s auf diesem Gebiete und bringt unter Berücksichtigung der gesamten in- und ausländischen Literatur eine in jeder Weise vollständige Darstellung des Themas. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

52. **Kriegsepidemiologische Erfahrungen;** von A. Galambos. Leipzig u. Wien 1917. Alfred Hölder. 303 S. mit 72 Kurven. (Brosch. 10 Mk.)

Nur die außergewöhnlichen Umstände des Krieges konnten es ermöglichen, daß einem einzelnen Forscher ein so umfangreiches, vielseitiges und in Anbetracht der Seltenheit einzelner Erkrankungen wertvolles Material zugänglich wurde, um alle epidemisch auftretenden Infektionskrankheiten in der Weise einheitlich beschreiben zu können, wie es in vorliegendem Buche geschehen ist. Wegen der Fülle der bis jetzt nie gekannten Erscheinungen, der vielseitigen Erfahrungen und der sich aus ihnen ergebenden Fortschritte in der Bekämpfung der Seuchen eine überaus dankbare Aufgabe, die H. in jeder Hinsicht mit Erfolg gelöst hat. Das Werk wird in der kaum noch zu überblickenden Kriegsliteratur mit die erste Stelle einnehmen. Geppert (Hamburg-Eppendorf).

53. **Die Entstehung, Verbreitung und Verhütung der Seuchen mit Erfahrungen aus dem Felde;** von L. Fejes. Berlin u. Wien 1917. Urban & Schwarzenberg. 149 S. (5 Mk.)

F. stellt von der Lehre der Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung der häufigsten und wichtigsten Seuchenkrankheiten das für den Praktiker unumgänglich Not-

wendigste dar. Zunächst gibt er in der Einleitung einen allgemeinen Überblick über unser heutiges Wissen in der Seuchenbekämpfung und am Schluß über die Desinfektion. In 19 Kapiteln werden die einzelnen Infektionskrankheiten abgehandelt. Dabei wurden die bekannten ansteckenden Krankheiten kurz, seltenere eingehender behandelt. Das Buch eignet sich sehr gut zur Mitnahme im Feldkoffer, besonders für die jüngeren Ärzte. Schlichting (Cassel).

54. **Leuchtpistolenverletzungen mit besonderer Berücksichtigung eines eigenartigen Falles;** von W. Kessler. [Samml. klin. Vortr. Neue Folge.] Leipzig 1917. Joh. Ambr. Barth. (75 Pf.)

Die Literatur über Leuchtpistolenverletzungen ist nur klein. K. gibt einen kurzen Überblick in seiner Einleitung. Er selbst sah eine Verletzung aus unmittelbarer Nähe in die rechte Gesäßhälfte, 3 Finger breit, rechts unterhalb des Afters. Es bestand ein auffallend ausgedehntes Hautemphysem, das auf dem Rücken etwa über der linken Lunge und am ganzen rechten Bein am stärksten ausgeprägt war. Die Lungenuntersuchung ergab Ödem beider Lungen. Am selben Tage Exitus. Am Schluß berichtet K. über weitere bekannt gewordene 29 Fälle. Schlichting (Cassel).

55. **Über psychische und nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern;** von M. Isserlin. [Würzb. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. 16. Bd. H. 10 u. 11. 1917.] (2 Mk.)

Die bürgerliche Erwerbsfähigkeit muß nach I. bei nahezu allen wieder vollwertig werden. Es sei dazu notwendig, daß man Versuche der Wiederherstellung der Felddienstfähigkeit nicht fortsetzt, sobald sie als unnütz erkannt sind, daß man sehr streng ist in bezug auf Rentenbewilligung und daß man sich genauer um die Art der Arbeitsverwendung und um Stellenvermittlung für den bürgerlichen Beruf kümmert.

Jolly (Halle).

56. **Das Tuberkulin in der militärischen Begutachtung und Behandlung, nebst kurzer Technik;** von C. Kraemer. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 53 S. (1 Mk. 60 Pf.)

Kr. unterscheidet nur 2 Stadien bei der Lungentuberkulose: 1. die geschlossene mit mehr perkutorischem Befund, und 2. die offene mit mehr auskultatorischem Befund und Tuberkelbazillen im Auswurf. Bei offener Tuberkulose ist im Falle einer Dienstbeschädigung Heilstättenbehandlung, sonst Entlassung in die Heimat anzuordnen. Bei der geschlossenen Tuberkulose handelt es sich meist um eine Hilusdrüsentuberkulose, die bei richtiger Tuberkulinprüfung positive Reaktion gibt. Die leichteren Fälle werden dann mit einer anschließenden Tuberkulinkur womöglich bis zur Herstellung der Felddienstfähigkeit, die schwereren mit einer Heilstättenkur behandelt oder als d. u. oder a. v. entlassen. Mit genaueren Angaben wird dann die Technik der Tuberkulinkur dargestellt, die mit Alttuberkulin in kleinsten Dosen ($^1/_{100}$—$^1/_{10}$ mgr.) beginnt und allmählich je nach dem Grade der Tuberkulinempfindlichkeit mit der Dosis steigt. Das Ausbleiben der spezifischen Reaktion bei tuberkulösen Patienten bildet den biologischen Abschluß der Kur. Fränkel (Heidelberg).

57. **Die Schönheit des weiblichen Körpers;** von C. H. Stratz. 23. Aufl. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 488 S. mit 303 Abb. u. 8 Taf. (Brosch. 18 Mk; geb. 20 Mk.)

Das bekannte Werk, dessen textlicher und figürlicher Inhalt sich im Laufe der Zeit mehr als verdoppelt hat, ist in 23. Auflage erschienen. Diese Tatsache ist an sich Empfehlung genug. Es sei auch hier darauf hingewiesen, daß die ursprünglich in dem Buche mit abgehandelten Vorschriften zur Erhaltung und Förderung weiblicher Schönheit schon seit 1907 gesondert als Buch: „Körperpflege der Frau" erschienen sind.

Klien (Leipzig).

58. **Die Schönheitspflege.** *Für Ärzte und gebildete Laien;* von P. Orlowski. 4., verbesserte Aufl. Würzburg 1917. Curt Kabitzsch. VIII u. 130 S. mit 30 Abb. (Brosch. 3 Mk.; geb. 3 Mk. 60 Pf.)

Schönheitspflege und Kosmetik sind für den praktischen Arzt mehr ästhetische als medizinische Begriffe und bilden eine Materie, mit der er sich im allgemeinen nicht zu befassen pflegt. Und dennoch ist die Kenntnisnahme auf diesem Gebiete für ihn sehr empfehlenswert, da oft genug der weibliche Teil seiner Klientel weitgehende Anforderungen in dieser Hinsicht stellt. Hier soll das O.sche Buch eingreifen und, wie sein Titel besagt, Ärzte und gebildete Laien aufklären. Neben den zahlreichen praktischen Ratschlägen über eigentliche Schönheitspflege sind viele Wegweiser der eigentlichen Gesundheitspflege mit berücksichtigt: Haut- und Haarpflege, Massage, Röntgen- und Narbenbehandlung, Paraffininjektionen, Anwendung der Elektrizität in der Schönheitspflege usw. Gleichzeitig sind zahlreiche dermatologische Rezepte eingefügt. Endlich sei noch erwähnt, daß das Ganze der modernen Heilkunde angepaßt ist; daher finden wir auch Angaben über die Uviollampe, die Kromayersche Lampe und die künstliche Höhensonne. — Die allgemein verständliche, klare Ausdrucksweise macht es dem Laien besonders wertvoll.

Bachem (Bonn).

59. **Die Selbstbereitung pharmazeutischer Spezialitäten;** von J. Mindes. 3., verm. u. verb. Aufl. Leipzig u. Wien 1917. Ferd. Deuticke. 106 S. (durchschossen). (Geb. 3 Mk.)

Das Büchlein bringt eine praktische Zusammenstellung zahlreicher als Spezialitäten oder Geheimmittel bekannter Rezepte. Die Sammlung ist nicht nur für den Apotheker wertvoll, sondern auch für den praktischen Arzt, der über die wahre Zusammensetzung der vielen Arcana belehrt wird. So finden wir z. B. die Rezeptvorschriften für Amol, Bay-Rum, Califig, Carmol, „Es ist erreicht", Formamint, Javol, Pebeco, Kalodont, Odol, sowie zahlreiche vom feindlichen Ausland her vertriebene Spezialitäten. Bachem (Bonn).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. C. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

und

SCHMIDTS JAHRBÜCHER

DER IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMTEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN UNTER MITWIRKUNG VON

85. JAHRGANG BAND 327 HEFT 6
JUNI 1918

BONN
A. MARCUS & E. WEBERS VERLAG
Dr. jur. ALBERT AHN

Schmidts Jahrbücher

der

in- und ausländischen gesamten Medizin

85. Jahrgang | Band 327 | Juni 1918

A. Auszüge.

I. Chirurgie.

873. **Zur Technik der Sehnennaht;** von L. Kirchmayr. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 40. S. 906.)

Die Vorteile der von K. angegebenen Methode bestehen darin, daß sie ohne Assistenz leicht ausführbar ist, daß die Sehnenenden gut aneinandergelegt werden, ohne die Sehne zu raffen, und darin, daß ein Abgleiten der Naht oder ein Durchschneiden so gut wie unmöglich ist. Ein weiterer Vorteil dürfte der sein, daß nur sehr wenig von der Seide an der Oberfläche der Sehne zu liegen kommt, und schließlich der Umstand, daß nur an *einer* Seite ein Knopf liegt.

Wagner (Leipzig).

874. **Leitsätze für die Behandlung der Steckschüsse;** von J. Wieting. (D. med. Woch. 1917. Nr. 12. S. 353.)

In kurzer, prägnanter Form legt W. die zumeist hinreichend bekannten, aber nicht immer entsprechend befolgten Grundsätze bei der Steckschußbehandlung dar. In erster Linie ist eine exakte Indikationsstellung zur Geschoßentfernung nötig: *primär,* d. h. bei der ersten Wundversorgung werden die ohne weiteres erreichbaren, sowie die in unmittelbarer Nähe lebenswichtiger Organe sitzenden Geschosse entfernt. Wichtig ist dabei, daß Granatsplitterverletzungen fast stets mehr oder weniger schwer infizierte Wunden darstellen.

Intermediär werden Geschosse entfernt, die Anlaß zu langdauernden Eiterungen und nicht heilenden Fisteln geben. Die *Spätentfernung* von Geschossen kann notwendig werden durch Drucksymptome der selben (Druck auf Nerven, Neuritiden, Druck auf Gelenke) sowie durch sonstige krankhafte Symptome, die durch den jeweiligen Sitz des Projektils bedingt sind. Von größter Wichtigkeit bei der Spätentfernung von Geschossen sind die *Gefahren der ruhenden Infektion.* Durch vielfache bakteriologische Untersuchungen ist es nachgewiesen, daß an scheinbar aseptisch eingeheilten Geschossen noch hochvirulente Keime sitzen können, die bei der Operation Anlaß zu neuen schweren Infektionen geben können. Darum sollte prinzipiell bei jeder Spätschußentfernung eine prophylaktische Tetanusinjektion gegeben werden.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

875. **Das moderne Verfahren bei Steckschüssen;** von G. Holzknecht. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 9. S. 208.)

In Übereinstimmung mit H. Schmidt schlägt H. die Einrichtung besonderer „Steckschußstationen" vor, die den größeren chirurgischen Kliniken am besten angegliedert wären. Auf diesen Stationen würden dann exakte lokalisatorische Röntgendiagnosen und auch die Operationsindikationen gestellt. In Wien ist eine derartige Station mit bestem Erfolg im Betrieb.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

876. **Zur Frage der Entstehung der Nervenlähmungen bei Schußverletzungen;** von C. Ritter. (Med. Klin. 1917. Nr. 5. S. 115.)

R. fiel auf, daß Nervenlähmungen nach Schußverletzungen in den Frontlazaretten relativ selten beobachtet werden im Vergleich zu den recht häufigen Nervenverletzungen in den Heimatlazaretten; im Gegenteil, es fiel auf, daß bei der Revision der frischen Wunden die Nervenstränge so oft unversehrt waren, wo man nach Lage des Schusses eine Durchtrennung des Nerven erwarten mußte. Daß nun doch in der Heimat eine so verhältnismäßig große Anzahl von Nervenlähmungen beobachtet wird, erklärt R. auf Grund einiger Beobachtungen sich folgendermaßen: Zunächst wird es sich in manchen Fällen um eine sogenannte Nervenkontusion handeln, wobei analog der bekannten Granatkontusion infolge der Erschütterung der Körper durch die Sprengwirkung eines Geschosses ohne jede Körperverletzung eine *funktionelle* Nervenstörung ausgelöst wird. Des weiteren beobachtete R. Drucklähmungen des Plexus axillaris durch Cramerschienen sowie in erster Linie durch zu fest oder zu lange angelegte Esmarchsche Binde. Im letzten Punkte ist R. zweifelsohne recht zu geben, daß die Binde oft angelegt wird, wo sie ganz überflüssig ist und besonders häufig falsch, d. h. zu locker oder zu fest angelegt wird. — Im allgemeinen wird aber jeder Chirurg, der Gelegenheit hat, in der Heimat Nervenschüsse zu operieren, ebenso wie Referent konstatiert haben, daß tatsächlich Verletzungen der Nerven vorgelegen haben, sei es nun völlige, partielle Durchtrennung oder nur Narbenbildung im Nerven.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

877. **Über Knochenneubildung in Schußnarben;** von Hart. (Med. Klin. 1917. Nr. 4. S. 94.)

Über die Entstehungsweise der nicht so sehr seltenen Knochenbildung in Schußnarben herrscht noch keine völlige Klarheit. Jedenfalls ist es nach H.s Auffassung nicht richtig, immer versprengte Periostteilchen dafür verantwortlich zu machen; vielmehr handelt es sich bei Narben, wo Knochenverletzungen auszuschließen sind, um eine echte Metaplasie des Bindegewebes im Knochen. Fremdkörper- und bakterielle Reize spielen vielleicht eine gewisse Rolle.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

878. **Die chirurgische Behandlung der Pseudarthrosen;** von H. Brun. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 44. S. 969.)

Br. teilt die Pseudarthrosen ein in 1. eigentliche Pseudarthrosen ohne Knochendefekt; 2. Pseudarthrosen mit Knochendefekt: a) an der einknochigen, b) an der zweiknochigen Extremität (Pseudarthrose mit Sperrknochen). Die Technik der Operation wird beherrscht von der Schaffung eines osteogenetisch gesunden Lagers in den Bruchenden und von der Möglichkeit frühester funktioneller Belastung des Autotransplantates. Bei den eigentlichen Pseudarthrosen wird der autoplastische Span nach folgendem Schema eingelagert: Seitliche Anfrischung bis ans gesunde Periost und bis ins Mark, unter Belassung des übrigen Teiles des Pseudarthrosengewebes. Das letztere hält die Bruchenden zusammen, dadurch kann das Transplantat mit Falzbildung, unter starker Klemmung eingesetzt werden. Exakt ausgeführt gibt diese Methode straffes Festsitzen des Transplantates, ohne daß andere Fremdkörper, Schrauben, Drähte, zu seiner Fixation nötig sind. Dieses ist von Wert. Die Klemmung im Falz ergibt von Anfang an funktionelle Belastung. Die Resultate waren vorzügliche. Bei den Pseudarthrosen mit Knochendefekt ist das Wichtigste die Überbrückung mit einem starken autoplastischen Span und lange, innige, flächenhafte Berührung mit gesundem Lager. Die Fixation muß von Anfang an so solide werden, daß eine frühe Aufnahme der Funktion möglich ist.

Wagner (Leipzig).

879. **Zur Behandlung von Kontrakturen und Versteifungen mit portativen Apparaten;** von Bittner. (Med. Klin. 1917. Nr. 9. S. 245.)

Die Zahl der mehr oder minder guten orthopädischen Apparate zur Beseitigung von Kontrakturen bzw. zur Mobilisierung versteifter Gelenke ist zahlreich.

B. hat nun für die verschiedenen Gelenke einfache Holzschienenapparate konstruiert, bei denen durch Spiralfedern ein dauernder Zug bzw. Druck auf das versteifte Glied ausgeübt wird. Die Resultate, die hiermit erzielt wurden, sind recht gute zu nennen, was schon aus dem Umstande hervorgeht, daß ein großer Teil der Leute wieder felddienstfähig wurde.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

880. **Zur Technik der Stumpfkorrekturen;** von Walcher. (D. med. Woch. 1917. Nr. 13. S. 397.)

Die schlechten Amputationsstümpfe mit ihren oft ausgedehnten Narben und mehr oder minder großen Narbengeschwüren machen dem Chirurgen in den Heimatlazaretten oft zu schaffen. Unter den zahlreichen Methoden, die zur Stumpfkorrektur angegeben sind, hat sich W. am besten die ausgiebige Mobilisierung der Hautränder nach vorheriger Exzision der Narbe bewährt. Selbst bei großen Hautdefekten lassen sich die so beweglich gemachten Hautränder über dem Stumpf noch vereinigen.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

881. **Über Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentin-Einspritzungen;** von Klingmüller. (D. med. Woch. 1917. Nr. 4. S. 1294.)

Einspritzung von 0,2 Terpentin in die Gesäßgegend (Platin-Iridium-Kanülen) — Vorsichtsmaßregeln sind im Original nachzulesen — zeitigte Erfolge bei Gonorrhöe — Wirkung nicht auf die Gonokokken, sondern nur auf die Sekretion —, bei gonorrhoischen Komplikationen, ferner bei Blennorrhöe der Augenbindehaut, bei durch Staphylokokken bedingten Erkrankungen — Furunkel, Furunkulose, Folliculitis barbae, impetiginösen Formen akuter und chronischer Ekzeme, Akne, Pityriasis rosaea, Lichen ruber, Impetigo contagiosa, Lupus erythematodes, bakterielle Erkrankungen der Blase, Eiterung des Nierenbeckens. Vielleicht seien auch tuberkulöse Erkrankungen der Halsdrüsen zu beeinflussen. Kadner (Dresden-Loschwitz).

882. **Zur Diagnose und Behandlung der chronischen Knocheneiterung nach Schußfrakturen;** von H. Hofmann. (D. med. Woch. 1917. Nr. 10. S. 301.)

H. macht bei fistelnden, noch Sequester beherbergenden Knochenwunden stereoskopische Röntgenaufnahmen, wobei die Fistelgänge durch Kontrastmittel (Holzknechts schmelzbare Kontrastinstäbchen) sichtbar gemacht werden.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

883. **Zur Behandlung der traumatischen Knochenfisteln;** von C. Goebel. (Med. Klin. 1917. Nr. 3. S. 65.)

Da erfahrungsgemäß Knochenfisteln nach Schußverletzungen oft gar keine Tendenz zur Ausheilung zeigen, auch wenn alle Fremdkörper, Sequester usw. entfernt sind, empfiehlt G. plastische Deckung und Ausfüllung solcher Knochendefekte. Zunächst wird die Fistel in eine breite Mulde umgewandelt und dann ein gestielter Lappen bzw. ein Brückenlappen — am besten Haut-, Fett-, Muskellappen — in die Knochenwunde hineingelegt. Freie Fett- und Muskeltransplantation sowie Knochenplomben sind nicht zu empfehlen, da man immer in infiziertem Gewebe arbeitet.

Brütt (Hamburg-Eppendorf).

884. **Eine eigenartige Verschüttungskrankheit;** von A. Schanz. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 35. S. 789.)

Sch. bestätigt die von G. Müller erhobenen Befunde. Das Hauptsymptom bildet eine scheinbare Verkürzung eines Beines mit schweren Gehstörungen. Bedingt wird diese scheinbare Beinverkürzung durch Beckenschiefstellung, mit der eine deutlich nachweisbare, stärkere Spannung der Rückenmuskulatur auf der Seite des Beckenhochstandes und eine nach der anderen Seite gerichtete skoliotische Einstellung des unteren Teiles der Wirbelsäule verbunden ist. Die Röntgenuntersuchung ergibt keine Skelettverletzungen. Ebenso wie G. Müller hat auch Sch. in diesen Fällen geradezu überraschende Erfolge mit Rumpfgipsverbänden erzielt. Sch. sieht bei den in Frage stehenden Fällen das ausschlaggebende Moment in einer Störung des Belastungsgleichgewichtes an der Wirbelsäule —, in einer Unfähigkeit der Wirbelsäule, der von ihr geforderten Tragarbeit zu genügen: *Insufficientia vertebrae.* Sch. nimmt an, daß dabei nicht die Muskeln und die übrigen Weichteilverbindungen der Wirbel untereinander, sondern daß der Wirbelknochen selbst in der Mehrzahl der Fälle den entscheidenden Faktor bildet. Wagner (Leipzig).

885. **Zur Überbrückung von Nervendefekten;** von F. Cohen. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 35. S. 785.)

C. empfiehlt die von ihm schon zur Friedenszeit mit gutem Erfolge ausgeführte Zwischenschaltung eines sensiblen Nerven zwischen die beiden Stumpfenden des Defektes als Leitungskabel. C. teilt jetzt einen Fall von Schußbruch des Oberarmes mit, bei dem eine ausgesprochene Radialislähmung bestand. Nach Ausschneiden des fibrös entarteten Stückes des Radialnervens ergab sich eine Lücke von 8 cm, die durch den N. cutaneus antibrachii medialis überbrückt

wurde. Glänzender Erfolg. Nach der 2 Jahre 4 Monate nach der Operation vom Neurologen vorgenommenen Untersuchung muß der Radialnerv in nahezu normalem Umfange wieder als leitungsfähig angesehen werden; nur die Daumenextension und Abduktion sind noch ziemlich beträchtlich geschwächt. In zwei weiteren nach dieser Methode operierten Fällen blieb der Erfolg aus, was nach unseren sonstigen Kriegserfahrungen nicht auffallend ist; wissen wir doch, daß auch bei der direkten Nervennaht der Schußverletzungen in einer beträchtlichen Zahl von Fällen die Wiederherstellung der Nervenleitung nicht geglückt ist. Wagner (Leipzig).

886. **Okzipitalneuralgien als Spätfolge von Schädelverletzungen und ihre Behandlung;** von F. Oehlecker. (D. med. Woch. 1917. Nr. 11. S. 329.)

Nach Schußverletzungen der oberen Nackengegend, zumal solchen, die mit längeren Eiterungen einhergingen, beobachtet man zuweilen das Auftreten von Okzipitalneuralgien. Sind diese sehr hartnäckig und durch konservative Behandlung nicht zu bessern, so sollte operativ vorgegangen werden; der Nerv, welcher hierbei entfernt werden muß, ist der Nervus occipitalis major (aus dem 2. Spinalnerven), und zwar genügt eine einfache Neurexeirese nicht, sondern das zugehörige Ganglion, das 2. Spinalganglion muß mitentfernt werden. Oe. führte diese technisch ziemlich schwierige Operation in 2 Fällen von Schußverletzungen und 5 weiteren Fällen von primärer Okzipitalneuralgie mit sehr gutem Erfolge aus.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

887. **Neue Wege des plastischen Verschlusses von Gaumendefekten;** von H. Ganzer. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 9. S. 209.)

G. verschließt die durch Schußverletzungen entstandenen Defekte innerhalb des harten Gaumens teils durch gestielte Lappen bzw. Brückenlappen aus der Wange und vom Gaumen selbst, teils durch Kombination von gestielten und Brückenlappen. Im Gegensatz zu der bisher allgemein üblichen Nachbehandlung legt G. Gaze auf die überpflanzten Lappen, wobei die Gaze durch einen an den Zähnen befestigten Drahtverband in ihrer Lage gehalten wird.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

888. **Zur Diagnose und Therapie der Spätfolgen von Kopfschüssen;** von I. Bungart. (D. med. Woch. 1917. Nr. 5. S. 136.)

B. betont die heute wohl so ziemlich allgemein anerkannte Erfahrung, daß nach anscheinend reaktionslos geheilten Kopfschüssen früher oder später neue Erkrankungen sich einstellen, denen anatomisch Hirnzysten, Erweichungsherde, Knochenveränderungen am Schädel, Fremdkörper usw. zugrunde liegen. Die Hauptschwierigkeit ist in solchen Fällen eine exakte Diagnose und Indikationsstellung. Was die Diagnose betrifft, so geben außer der genauen, allgemein-neurologischen Untersuchung das Röntgenbild, die Prüfung auf Klopf- und Druckschmerz und auf Headsche Zonen, sowie schließlich die Liquoruntersuchung meist genügend klinische Anhaltspunkte für einen etwaigen chirurgischen Eingriff. Sehr beherzigenswert ist die Warnung B.s, zu häufig und zu früh die plastische Deckung von Schädeldefekten auszuführen.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

889. **Schnellender Nacken;** von E. Hoke. (Med. Klin. 1917. Nr. 29. S. 789.)

Fallgeschichte; in Stellung des Kopfes der maximalen Kontraktion eines Kopfnickers entsprechend bei Bewegungen starkes Knacken, „ähnlich dem Zerdrücken eines Knochens in der Knochenmühle".
Cordes (Berlin).

890. **Der Wert der Spirometrie für die Beurteilung der Lungenschüsse;** von R. Freund u. R. Cayet. (D. med. Woch. 1917. Nr. 13. S. 388.)

Zur Funktionsprüfung der Lungen nach Lungenschüssen hat sich Fr. u. C. die *Spirometrie* als eine vorzügliche Methode erwiesen. Die bisher üblichen Verfahren (Thorakometrie, Röntgendurchleuchtung usw.) geben keine so sicheren, zumal für spätere Nachuntersuchungen wichtigen Resultate. Die nach Lungenschüssen — auch bei den leichten Formen — ziemlich häufig auftretende Pleuritis gibt zu Adhäsionen Anlaß, die sich im Röntgenbild als Beschattungen des Lungenfeldes, mangelhafte Beweglichkeit des Zwerchfells usw. kundgibt. Die Erfahrung hat nun gezeigt, daß man völlig normale spirometrische Werte, also funktionelle Ausheilung haben kann, auch wenn röntgenologisch noch Residuen der Pleuritis nachweisbar sind. In solchen Fällen ist die Spirometrie ein zuverlässigerer Indikator als die übrigen Methoden.
Brütt (Hamburg-Eppendorf).

891. **Erfahrungen über Nierensteine und ihre operative Behandlung;** von F. Suter. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1917. Nr. 25. S. 785.)

An der Hand der von ihm selbst in den letzten Jahren operierten Fälle bespricht S. die Pathogenese, Symptomatologie und Therapie der Nephrolithiasis. Bemerkenswert ist zunächst, daß relativ viel Oxalatsteine und wenig Uratsteine beobachtet wurden. Die kleinen Steine (meist Oxalate) machen meist die typischen Nierenkoliken, erfordern jedoch nur bei Einklemmungserscheinungen chirurgische Eingriffe. Im Gegensatz hierzu sind die Fälle von Phosphat- bzw. Karbonatsteinen, bei denen es sich meist um große, verzweigte Konkremente in infizierten Nieren handelt, unverzüglich der operativen Therapie zuzuführen. Was die Wahl der Operationsmethode angeht, so lassen sich die kleinen bis mittelgroßen, nicht infizierten Steine am besten durch Pyelotomie entfernen. Größere Steine in infizierten Nieren erfordern Nephrotomie mit vorübergehender Nierendränage, schwerer vereiterte und hydronephrotische Steinnieren sind zu entfernen. Brütt (Hamburg-Eppendorf).

892. **Fremdkörper in der Harnröhre und Blase;** von M. Roth. (Berl. klin. Woch. 1917. Nr. 10. S. 236.)

Fallgeschichten über Entfernung und Auffinden von Fremdkörpern in Harnröhre und Blase.

Die Fälle ergaben die Nutzanwendung, daß es unbedingt notwendig ist, bei wochenlang unverändert bestehenden Zystitiden zu zystoskopieren.
Cordes (Berlin).

893. **Urinblasenersatz bei Ectopia vesicae;** von J. F. S. Esser. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 42. S. 937.)

E. unterminiert die Bauchhaut zentralwärts des offenen Blasenrestes und nimmt dann einen Abdruck dieses Hohlraumes mit einem mit zahnärztlicher Abdruckmasse umwickelten Holzmodell in Form eines starkgefüllten Zigarrenetuis. Das weich eingeführte und erstarrt entfernte Modell wird dann mit Hühnereiweiß bepinselt und mit Thierschschen, den Oberschenkeln entnommenen Epidermislappen (Wundseite außen) umwickelt und dann in den Hohlraum ge-

schoben, der nun wieder vernäht wird. Nach 1 bis 2 Wochen wird nach Wiederaufschneiden der Einführungsöffnung das Modell herausgenommen, die Höhle zart ausgespült, vorsichtig getrocknet und die Wunde zum 2. Male zugenäht, nachdem, wenn die Thierschschen Lappen überall gut angeheilt sind, der Sack am Boden nach dem Blasenrest zu geöffnet ist. Plastischer Verschluß der unteren Öffnung der Hautblase mittels beiderseits der Bauchhaut entnommenen Hautlappen. Die positiven Vorteile dieser Methode sollen darin bestehen, daß 1. die ganze Operation keine direkte Lebensgefahr gibt; 2. die spätere Gefahr der aufsteigenden Pyelitis wahrscheinlich vollkommen fortfällt; 3. dem Darm kein Schaden zugefügt wird.

Wagner (Leipzig).

894. **Achtstündige doppelte Unterbindung der Art. femoralis ohne Dauerschädigung**; von W. Ullrich. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 2. S. 29.)

Bei dem mit einer schweren Granatverletzung des rechten Oberschenkels ins Feldlazarett eingelieferten Pionier war die Art. femoral. unterbunden worden. Zwischen dem Anlegen der 2 Ligaturen und deren Entfernung waren 8 Stunden vergangen. Trotzdem hatte sich kein Verschluß durch Thrombose in dieser Zeit gebildet, und die Elastizität und Lebensfähigkeit des Gewebes hatten an den Unterbindungsstellen nicht nachweisbar gelitten. Man kann also bei solchen Unterbindungen auch nach Stunden noch die Ligatur ohne Sorge entfernen, was für manche operative Eingriffe von Bedeutung ist. In diesem Falle wurde anstatt der Amputatio femoris mit Erfolg eine konservative Behandlung eingeleitet. Wagner (Leipzig).

895. **Die periossale Drahtextension am Kalkaneus an Stelle der Nagelung bei Frakturen der unteren Extremität**; von E. Wilh. Baum. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 18. S. 380.)

B. empfiehlt die periossale Drahtextension am Kalkaneus in etwas vereinfachterer Form, als sie Brandes vor einigen Jahren angegeben hat. Die genaue Technik ist im Originale nachzulesen. Als Material dient der halbbleistiftdicke Kupferdraht, der zur Herstellung von Reifenbahren planmäßig bei jedem Feldlazarett geführt wird. Die Einfachheit des Verfahrens, dessen Wirksamkeit B. oft erprobt hat, die Vermeidung jeder Knochenschädigung und die auch im Felde leichte Beschaffbarkeit des Extensionsdrahtes bestimmen B., die periossale Drahtextension am Kalkaneus zur allgemeinen Benutzung an Stelle der eingreifenderen und komplizierteren Knochennagelung in allen bisher für diese geeigneten Fällen von Brüchen der unteren Extremität zu empfehlen.

Wagner (Leipzig).

896. **Wahl der Amputationsmethode bei trockenem Brand der Ferse und des Vorderfußes**; von R. Klapp. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 9. S. 177.)

Die Ausdehnung der Fußgangrän auf Ferse und Vorderfuß, während der dazwischenliegende Teil des Fußes erhalten ist, bildet gewiß ein seltenes Vorkommnis; im Kriege dürfte sie bei Gefäßschüssen der Poplitäa und der Femoralis im Adduktorenschlitz vielleicht doch hier und da zur Beobachtung kommen. Kl. teilt eine solche Beobachtung mit. Um möglichst konservativ vorzugehen, machte er mit Erfolg eine Amputatio pedis mediotarsea. Der unter dem Unterschenkel stehende Teil des Tarsus blieb erhalten und im Zusammenhange mit seiner Sohlenhaut. Dadurch behielt das Bein seine volle Länge; der Stumpf war wie jeder normale Fuß tragfähig.

Wagner (Leipzig).

897. **Einpflanzung eines Astes des N. medianus in den M. biceps nach Heineke**; von Th. Kölliker. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 21. S. 454.)

K. hat in 2 Fällen von vollständiger Lähmung des N. musculocutaneus mit Erfolg die Nerveneinpflanzung nach der Heinekeschen Methode vorgenommen. Bei beiden Verwundeten war es unmöglich, den Nerven in der Achselhöhle anzugehen, weil eine Versteifung im Schultergelenke bestand, die eine Erhebung des Armes behufs Freilegung des Plexus in der Achselhöhle, an welcher Stelle die Verletzung des Nerven erfolgt war, unmöglich machte. K. half sich nun in der Weise, daß er eine freie Nerveneinpflanzung aus dem Medianus in den Bizeps machte. Es wurde ein etwa 6 cm langes Nervenstück aus dem Medianus in den Bizeps in seiner Längsrichtung versenkt und der Muskel an der Eintrittsstelle des Nerven mit 1—2 feinen Seidennähten über diese verschlossen. In beiden Fällen stellte sich im Verlaufe von 6 Monaten die Funktion des Bizeps wieder her, während natürlich die anderen vom Muskulokutaneus innervierten Muskeln, der Coracobrachialis und Brachialis internus gelähmt blieben. Wagner (Leipzig).

898. **Freie Fetttransplantation bei der Behandlung der Dupuytrenschen Fingerkontraktur**; von A. Peiser. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 1. S. 6.)

P. empfiehlt nach radikaler Entfernung alles erkrankten Gewebes ein Wiederverwachsen der Haut mit den darunter gelegenen Weichteilen durch Zwischenlagerung eines frei transplantierten Hautlappens zu verhindern. Eine gelungene Operation wird mitgeteilt. Wagner (Leipzig).

899. **Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Herdreaktionen nach Tuberkulineinspritzungen bei chirurgischer Tuberkulose**; von K. Strohmeyer. (Med. Klin. 1917. Nr. 7. S. 184.)

Es wurde die übliche diagnostische Methodik angewandt. Beginn mit 1 mg Alttuberkulin, dann 5 und schließlich 10 mg subkutan. Zu beachten ist die Temperatur-, Allgemein-, Stich- und Herdreaktion. Für die letztere ist diagnostisch von Bedeutung, daß alle nicht fistelnden chirurgischen Tuberkulosen positiv reagieren, alle nicht tuberkulösen negativ. Die fistelnden Fälle reagieren mit überwiegender Mehrheit positiv, ausgeheilte Fälle dagegen negativ.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

900. **Zur Theorie der Lichtbehandlung chirurgischer Tuberkulosen**; von E. Reich. (Münchn. med. Woch. 1917. Nr. 19. S. 616.)

R. betont, daß auf Grund seiner Versuche vor allem die *Wärme*strahlen für die Heliotherapie in Frage kommen. Er bezeichnet diese als eine natürliche Hyperämiebehandlung und findet darin die Beziehungen zur Stauungsbehandlung. Die Erfolge sind die denkbar besten, besonders, wo wie an den Extremitäten eine Kombination mit der Stauung nach Bier eintreten kann. Cordes (Berlin).

901. **Hyperextensionsbehinderung — ein Frühsymptom der tuberkulösen Koxitis**; von

F. Loeffler. (Zentralbl. f. Chir. 1917. Nr. 38. S. 857.)

L. macht auf ein Symptom aufmerksam, das er bei Kindern im Initialstadium der tuberkulösen Hüftgelenksentzündung ohne jeglichen anderen objektiven Befund beobachtet hat: nämlich die Unmöglichkeit der Hyperextension der erkrankten Hüfte. Wenn wir das Kind in Bauchlage bringen und mit der einen Hand das gesunde Bein im Sinne der Hyperextension nach oben heben und mit der anderen Hand das Becken flach auf den Tisch niederdrücken, so ist bei einer gesunden normalen Hüfte eine Hyperextension von 25—30° leicht möglich. Bei der erkrankten Hüfte bleibt jedoch bei demselben Handgriff der Oberschenkel in Verlängerung der Körperachse flach auf dem Tische liegen und die geringste Hyperextension ist vollständig ausgeschlossen. Bei allen Fällen, die L. als beginnende tuberkulöse Hüftgelenksentzündungen diagnostizierte und behandelte, hat sich die Hyperextensionsbehandlung der erkrankten Hüfte als erstes objektives richtiges Frühsymptom gezeigt.

Wagner (Leipzig).

B. Bücherbesprechungen.

60. **Fortschritte der Heilkunde und Seuchenbekämpfung;** von H. Leo. Bonn 1917. A. Marcus & E. Webers Verlag. 26 S. (Brosch. 1 Mk. 20 Pf.)

Unter besonderer Betonung der letzten uns im Kriege so offenbar gewordenen Erfolge der Heilkunde und Seuchenbekämpfung führt uns L. in klarer, übersichtlicher Weise, so weit es im Rahmen einer Rede möglich ist, durch das Gebiet und erleichtert eine gute Orientierung über das Thema.

Cordes (Berlin).

61. **Arzneitherapie des praktischen Arztes, ein klinischer Leitfaden;** von C. Bachem. Berlin u. Wien 1918. Urban & Schwarzenberg. 234 S. (Geb. 7 Mk. 50 Pf.)

Es ist als ein sehr glücklicher Gedanke des Verlages zu bezeichnen, die in der „Med. Klinik" in fortlaufender Reihenfolge erschienenen Aufsätze B.s in Buchform herauszugeben. Das nach rein klinischen Gesichtspunkten eingeteilte Werk erfüllt vollkommen den von B. gewollten Zweck; es bildet nämlich eine Brücke zwischen pharmakologischem Hörsal und Klinik, indem es wesentlich mehr als die einfachen Rezepttaschenbücher bietet. Der Hauptwert ist auf die *praktische Anwendung* der verschiedensten Arzneimittel gelegt, unter Angabe der Indikationen, Dosierung, Nebenwirkungen usw. Dabei sind alle modernen Arzneimittel weitgehend berücksichtigt. Zur Erleichterung der Verordnungsweise sind etwa 300 Rezepte eingefügt. Auf theoretische Erörterungen über Wirkungsweise, Beziehungen zwischen Konstitution und Wirkung usw. hat B. absichtlich verzichtet. Der Inhalt, der vor allem auch auf den Arzneigebrauch in der Hand des Spezialisten Rücksicht nimmt, gliedert sich in Abschnitte, bestimmten Indikationen entsprechend, wie z. B. Exzitantia, Diuretika, Antipyretika usw. Die am Schlusse angefügten Tabellen über einige vielgebräuchliche Arzneimittel in fertigen Packungen werden dem Praktiker sehr willkommen sein. Das handliche Buch, in seiner übersichtlichen Form und seiner prägnanten, das Wesentliche treffenden Darstellung dürfte in Zukunft der pharmakologische Berater des Praktikers werden.

Geppert (Hamburg-Eppendorf).

62. **Neue Beiträge zur Kenntnis der Saponinsubstanzen.** *II.;* von R. Kobert. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. VII u. 154 S. (Brosch. 7 Mk.)

Es ist das Verdienst K.s, zahlreiche Pflanzen, die zur Zeit geringe oder keine Verwendung in der Medizin finden, nicht nur nach der historischen Seite hin zu beleuchten, sondern auch deren wirksame Bestandteile zu isolieren. Besonders interessieren K. die saponinhaltigen Pflanzen; ein Teil der hierüber niedergelegten Erfahrungen (Teil I) sind bereits in diesen Jahrbüchern (1917. August-Heft S. 96) besprochen. — Vorliegende Serie bringt 3 Arbeiten: Beiträge zur Kenntnis des *Bingelkrautes* von Überhuber; die Euphorbiacee mercurialis annua enthält 3 verschiedene Saponinkörper, die auf das Blut hämolytisch wirken. Der Genuß der Pflanze als Gemüse scheint beim Menschen gefahrlos zu sein. Diätetisch stehe das Bingelkrautgemüse dem Spinat nahe. — Die zweite Abhandlung befaßt sich mit der Kenntnis der Pharmakologie des *Maiblümchens* (von Else Hirschberg); die Convallaria majalis enthält in allen Teilen neben Konvallamarin noch zwei Glykoside. Es wird deren biologische Wirkung mitgeteilt. — In der letzten Abhandlung befaßt sich Scheven mit dem Saponincharakter der *Cholsäure*. Zwischen dem cholsauren Natrium und den Saponinen sind zwar Unterschiede, aber auch gewisse Ähnlichkeiten vorhanden; beide sind als Cholesterinderivate anzusprechen.

Bachem (Bonn).

63. **Krankheitszeichen und ihre Auslegung;** von J. Mackenzie. Übersetzung von E. Müller, hrsg. von J. Müller. 3. Aufl. Würzburg 1917. Curt Kabitzsch. 206 S. mit 18 Fig. (Brosch. 6 Mk.; geb. 7 Mk. 60 Pf.)

Das Buch erscheint hiermit in Übersetzung in 3. Auflage. Die Verdeutschung des gedankenreichen Werkes hat dem Übersetzer schon vielen Dank gebracht.

Im wesentlichen will der englische Kliniker erreichen, daß die Phänomene, welche in der reflektorischen Reizung des Nervensystems begründet sind, bei der Untersuchung, Diagnose und Prognose neben den Symptomen, welche direkt auf der Struktur und Funktionsveränderung beruhen, systematisch verwertet werden. Vornehmlich werden Hyperalgesie, Schmerzen und Muskelkontraktion, die Erregungen in den differenten Nerven als Krankheitszeichen in bezug zu den Organgruppen erklärt. M. stellt die Hypothese vom viszero-motorischen Reflex auf, welche als Leitfaden durch alle Beispiele geht und wo immer angesetzt im allgemeinen befriedigenden Aufschluß über die Schmerzlokalisation gibt. — Schmerz wird nur in solchen Geweben hervorgerufen, welche vom zerebrospinalen Nervensystem (Haut, äußere Körperwand) versorgt werden, nicht aber in Gebieten der sympathischen Nerven (Vagus, Sympathikus), die entwicklungsgeschichtlich vom autonomen System abstammen. Der Eingeweideschmerz wird durch Beteiligung der sensorischen Nerven des zerebrospinalen Nervensystems reflektorisch auf den Schmerzbezirk übertragen.

Wo der Schmerz als Krankheitszeichen gedeutet werden soll, ist die Nervenversorgung des befallenen Teiles und dessen Bezirk zu anderen im Zentralnervensystem eingehend zu berücksichtigen und die Ausbreitung der Erregung auf die zentralen Enden der sensiblen Nervensehnen im Rückenmark im Auge zu behalten, weil sich dadurch die Grenzüberschreitungen der Schmerzzonen erklären. So bei Magenleiden, Angina pectoris, Gallenerkrankungen, überall da, wo die Zentren im Rückenmark nachbarlich gelegen sind. — Die Untersuchungen haben auch die äußerst geringe Sensibilität der serösen Häute, dagegen hohe Empfindlichkeit der subserösen Schichten ergeben. Das Organparenchym der Organe wird erst dann schmerzhaft, wenn die fibröse Hülle ergriffen ist.

Die Theorie kann im Referat nur an einem Beispiel gezeigt werden, soweit sie praktische Bedeutung gewinnt. —

Das 7. bis 9. Dorsalsegment entsendet die Lebernerven. Entsprechend liegt bei Gallenblasenerkrankung die Hyperalgesie auf der rechten Seite und es erfolgt Kontraktion des oberen Teiles des Musc. rect. Andere Nerven gelangen vom Phrenikus und 4. und 5. Zervikalnerv und vom Vagus zur Leber. — Der Bauchschmerz am Rippenrand, im Epigastrium, der zum Rücken strahlende und der häufige Schulterschmerz bis abwärts in den Arm sind erklärt. — Der Extremitätenschmerz klärt oft erst die Darmdiagnose mit Magenleiden, da die Reflexphänomene dieser neben dem Epigastrium, aber auch im 4. und 5. Thoraxnervengebiet lagen. —

Die Wichtigkeit der Nervenanalyse geht hieraus hervor. Am Werke M.s ist nur zu tadeln, daß er sich sehr oft wiederholt. Selbststudium ist notwendig. Der Inhalt wird bald in die Lehrbücher übergehen.

v o n N o o r d e n (Bad Homburg).

64. **Vorlesungen über Infektion und Immunität;** von P. Th. Müller. 5. erweiterte u. vermehrte Aufl. Jena 1917. Gust. Fischer. 506 S. mit 21 Abb. (Brosch. 10 Mk.; geb. 12 Mk.)

Es ist keine ganz leichte Aufgabe, das große Gebiet der Infektions- und Immunitätslehre in übersichtlicher Weise zur Darstellung zu bringen. Es ist aber gelungen, das Werk auch in der vorliegenden 5. Auflage völlig auf der Höhe zu halten. Naturgemäß treten unter den Neuergänzungen mehr die praktischen Erfahrungen in den Vordergrund, auch die, die während des Krieges z. B. mit der Typhus-, der Choleraschutzimpfung gemacht sind. So können wir einen klaren Überblick über den augenblicklichen Stand der Immunitätswissenschaft gewinnen.

F i s c h e r - D e f o y (Dresden).

65. **Die Einwirkung von Krankheiten auf das Kopfhaar des Menschen;** von F. P i n k u s. Berlin 1917. S. Karger. 191 S. mit zahlr. Abb. u. Kurven. (Brosch. 10 Mk.)

Nach einem Kapitel anatomischer Vorbemerkungen und einem zweiten über die Mißbildungen der Haare (Spindelhaar, Bajonetthaar) bespricht P. im Hauptteile die Veränderung der Gestalt des Haares infolge von Krankheit. Es ist möglich, aus der Untersuchung eines noch wachsenden Haares den Zeitpunkt einer vorübergegangenen Krankheit zu bestimmen, wenn diese plötzlich einsetzte und eine schwere Affektion war. Nach Verletzungen, nach fieberhaften Krankheiten, nach erheblichen Ernährungsstörungen, zum Teil sogar nach psychischen Traumen (wenn sie mit starker körperlicher Schädigung verbunden waren), ließen sich gewisse Veränderungen am Haar konstatieren, bestehend in Pigmentverlust, Verdünnung und Verlust des Luftgehaltes des Markes oder des ganzen Markstranges, die stets an einer Stelle gelegen waren, welche der Berechnung nach (bei Zugrundelegung eines bestimmten Haarwachstums von 0,4—0,5 mm pro Tag) vollkommen mit den anamnestisch gegebenen Daten im Einklang stand. Beim durch Syphilis ganz allmählich dünner gewordenen Haar läßt sich umgekehrt das plötzliche Einsetzen einer wirksamen Therapie nachweisen. Wir haben also im Haar ein Gebilde, welches eine große Menge von somatischen Veränderungen noch nach langer Zeit zu erkennen gestattet und eine objektive Nachprüfung der Anamnese ermöglicht.

B r a u n s (Dessau).

66. **Kriegsaphorismen eines Dermatologen;** von P. G. U n n a. 2. verm. u. verb. Aufl. Berlin 1917. August Hirschwald. 198 S. (Brosch. 5 Mk. 60 Pf.)

Als seinerzeit in der Berl. klin. Woch. die Kriegsaphorismen eines Dermatologen veröffentlicht wurden, da hat sich wohl mancher darüber gefreut und nur bedauert, daß sie in refracta dosi verzapft wurden. Es mag wohl auch der Wunsch, diese kleinen Abhandlungen aus bewährter Feder als gesonderte Sammlung zu besitzen, bei manchem Leser aufgestiegen sein, denn wer wälzt später noch mal dicke Folianten, um solch kleinen Artikel zu finden. Da ist es ein glücklicher Gedanke zu nennen, daß diese Aphorismen in Buchform zusammengefaßt wurden, wie ja auch die bereits notwendig gewordene 2. Auflage beweist. Den Kollegen, die militärärztliche Tätigkeit haben, sei es draußen, sei es daheim, sei das Buch bestens empfohlen, da es den Grenzen, welche die Pharmacopea militaris uns Therapeuten auferlegt, weise Rechnung trägt. Hier und da ein Artikel beim Nachmittags-Kaffee-Ersatz genossen, überlädt den Magen und Geist nicht und zeitigt gute Früchte. B r a u n s (Dessau).

67. **Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte;** von E. K r o m a y e r. 6. Aufl. Jena 1917. Gustav Fischer. 232 S. mit 31 Abb. (Brosch. 3 Mk. 80 Pf.; geb. 4 Mk. 80 Pf.)

In 6. Auflage, zum zweiten Male während des Krieges, ist das bekannte und beliebte Repetitorium K r o m a y e r s erschienen. Die Veränderungen betreffen im wesentlichen nur einige Abschnitte der Gonorrhöe. Wozu auch am Bewährten viel ändern?

B r a u n s (Dessau).

68. **Die Ernährung des Säuglings.** *Eine kurze Darstellung zum praktischen Gebrauche für Studierende und Ärzte;* von St. E n g e l. Wiesbaden 1917. J. F. Bergmann. 122 S. u. 15 Abb. (3 Mk. 20 Pf.)

Das ausgezeichnete kleine Buch ist für den Praktiker geschrieben, der nicht Zeit und Gelegenheit hat, die großen Handbücher durchzuarbeiten. Es ist aber weit entfernt davon, den sogenannten Kompendien an die Seite gestellt zu werden. Es bietet eine außerordentlich geschickt geschriebene praktische Anleitung zur natürlichen und künstlichen Ernährung des Säuglings nach modernen Grundsätzen mit kurzer, für den praktischen Arzt vollkommen hinreichender Begründung und Erläuterung. Das Buch kann auf das Wärmste empfohlen werden. B r ü c k n e r (Dresden).

69. **Der Unterricht in der Säuglings- und Kleinkinderpflege.** *Ein Leitfaden für Lehrerinnen und Wanderlehrerinnen;* von

H. Schulz. Wiesbaden 1917. J. F. Bergmann. 114 S. mit 2 Taf. (Kart. 2 Mk. 40 Pf.)

Der Wunsch, die Säuglings- und Kleinkinderpflege möglichst alle jungen Mädchen und Frauen in einem geordneten Unterricht praktisch zu lehren, wird immer dringender. Eine bewährte Lehrkraft, geschult in der praktischen Arbeit des Düsseldorfer Vereins für Säuglingsfürsorge, hat in einer geradezu vorbildlichen Weise eine Anleitung zur Abhaltung solcher Lehrkurse geschrieben, in welcher an der Hand von ausführlichen und verkürzten Lehrplänen unter Bezugnahme auf die verschiedenen in Betracht kommenden Kreise die Lehrtätigkeit geschildert wird. Das mit einer von Schloßmann geschriebenen Einleitung versehene Buch kann Fürsorgeorganen nur aufs Wärmste empfohlen werden. Brückner (Dresden).

70. **Das Kind und seine Pflege;** von R. Flachs. 3. Aufl. Dresden 1917. v. Zahn & Jaensch. 208 S. (Brosch. 4 Mk.; geb. 5 Mk.)

Daß sich schon nach kurzer Zeit eine Neuauflage des Fl.schen Buches notwendig machte, ist der beste Beweis für seinen praktischen Wert. Es wendet sich an die gebildeten Kreise, die etwas für die Aufzucht ihrer Kinder aufwenden können und hat den Vorzug, daß es sich nicht auf das Säuglingsalter beschränkt, sondern das Kind bis ins schulpflichtige Alter hinein berücksichtigt, zudem zu allerlei Erziehungsfragen Stellung nimmt. So wird es auch fernerhin mancher Mutter ein willkommener und zuverlässiger Berater sein. Brückner (Dresden).

71. **Placenta praevia-Behandlung des praktischen Arztes;** von B. Schweitzer. Leipzig 1917. Repertorienverlag. 18 S. mit 4 Abb. (1 Mk.)

Am besten Überführung der mit Jodoformgaze tamponierten Frau in die Klinik. — Sonst Einführen eines kleinen *Tarnier*-Ballons bis über den inneren Muttermund hinauf oder in Ermangelung eines solchen Jodoformgazetamponade der Zervix und der Scheide für 6—12 Stunden. Ist dann der Zervikalkanal für 2 Finger durchgängig, Wendung nach Braxton Hicks in tiefer Narkose, falls man nicht mit der einfachen Blasensprengung auskommen kann. Diese wird stets genügen, wenn Wehen da sind, Kopflage besteht und die Eihäute erreichbar sind, also bei Pl. pr. partialis. Niemals bei mangelhaft erweitertem Muttermund Extraktion, wegen der großen Gefahr der Zervixzerreißung. — Weniger für den praktischen Arzt geeignet ist aus verschiedenen Gründen die intrauterine Metreuryse mittels starren Ballons nach Champetier des Ribes. — Besonders zu beachten ist eine etwaige Blutung in der Nachgeburtsperiode, sei es eine atonische oder eine Zervixrißblutung. Gegen erstere die übliche Therapie, Uterusscheidentamponade mit Jodoformgaze, wenn diese versagt, Gazetamponade in folgender Lösung getränkt: 1 Teil Liquor ferri sesquichlorati *sine acido* zu 4 Teilen sterilem Wasser in den Uterus, Jodoformgaze in die Scheide. In schwersten Fällen Momburgscher Taillenschlauch. Bei Zervixrissen Anlegen von Klemmen oder Naht.
Klien (Leipzig).

72. **Die Indikation zum künstlichen Abort in der ärztlichen Praxis;** von F. Ahlfeld. Leipzig 1917. Repertorienverlag. 20 S. (Brosch. 1 Mk.)

Nach einer kurzen Einleitung geht A. auf die verschiedenen Indikationen, wie sie bestanden haben oder auch heute noch bestehen, näher ein. Bei absolut zu engem Becken lehnt er jeglichen Eingriff von vornherein ab. Bei den verschiedenen Erkrankungen des mütterlichen Körpers erhebt er für die Einleitung des Abortes mit Recht sehr strenge Forderungen und fordert die Einleitung des Abortes nur im alleräußersten Notfalle als ultima ratio. In den Fällen, wo zu bestehenden Erkrankungen eine Schwangerschaft hinzutritt und das Leben der Mutter dadurch gefährdet wird, verhält sich A. auch sehr streng konservativ. Im Schlußworte gibt er dem praktischen Arzte den Rat, recht vorsichtig mit dem Hinweis auf eine Unterbrechung der Schwangerschaft als Heilmittel von Erkrankungen zu sein, sondern immer erst die Rücksprache mit einem erfahrenen Kollegen, womöglich die Behandlung in einem gut geleiteten Krankenhause vorausgehen zu lassen. Tosetti (Bonn).

73. **Die Rassenschönheit des Weibes;** von C. H. Stratz. 8. Aufl. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 443 S. mit 346 Abb. u. 1 Taf. (Brosch. 16 Mk.)

Die Lektüre dieses Buches bietet einen Genuß auserlesener Art; nicht nur der Gelehrte, sondern jeder Gebildete wird es mit großem Interesse lesen. In einer Reise um die Erde zeigt es uns die Frauen aller Länder in ihren körperlichen Vorzügen und Nachteilen. Der Bilderschmuck des Werkes ist überaus reich und geschmackvoll. Der Inhalt gliedert sich in die Abschnitte: I. Rassen und Rassenmerkmale. II. Das weibliche Rassenideal. III. Die protomorphen Rassen: 1. Australierinnen und Negritos, 2. Papuas und Melanesierinnen, 3. Weddas und Dravidas, 4. Ainos, 5. Koikoins und Akkas, 6. Die amerikanischen Stämme. IV. Die mongolische Hauptrasse. Chinesinnen und Japanerinnen. V. Die nigritische Hauptrasse. Bantunegerinnen, Sudannegerinnen. VI. Der asiatische Hauptstamm der mittelländischen Rasse. VII. Die metamorphen Rassen. VIII. Die 3 mittelländischen Unterrassen. Tosetti (Bonn).

74. **Die rechtliche Verantwortlichkeit der Arztfrau;** von A. Freymuth. Leipzig 1917. Repertorienverlag. 18 S. (Brosch. 1 Mk.)

Fr. bespricht in klarer Weise die rechtliche Verantwortlichkeit der Arztfrau, sei es, daß sie assistiert und Pflegerinnendienste leistet, oder in Abwesenheit des Mannes eine Leistung übernimmt, eventuell ein Verschulden auf sich lädt. Erwähnung hätte vielleicht auch das Strafrecht und das ärztliche Berufsgeheimnis verdient. Rumpf (Bonn).

75. **Der völkische Gehalt der Rassenhygiene;** von F. Siebert. [Bücherei deutscher Erneuerung.] München 1917. J. F. Lehmann. 214 S. (Brosch. 3 Mk.)

S. definiert als Ziel der Rassenhygiene die Pflege eines bestimmten Menschenschlags, der als lebendige Einheit gedacht wird, insonderheit die Pflege seines Nach- und Aufwuchses, d. h. für uns, diejenige des deutschen Volkes. Mit Recht spricht sich S. gegen die Gleichheit aller Menschen aus und betont die Bedeutung der Rassenauslese, die heute vielfach nicht nach allgemeinen Interessen erfolgt. Er geht dann auf die spezielleren Aufgaben bezüglich Fortpflanzung, Erbgesundheitspflege, ihre Gefahren und die Mittel zur Verhütung der Gefahren, auf die verschiedenen Mittel zur Stammespflege im Detail ein.

Allerdings sind die Mittel zur aufbauenden Stammespflege teilweise recht radikal und, soweit sie an den sozialen Staat erinnern, nach den Kriegserfahrungen nicht alle empfehlenswert — aber alles in allem ent-

hält das Buch reiche Anregung und viele beachtenswerte Vorschläge zur Erhaltung eines gesunden deutschen Volkstums. Insbesondere verdienen die Anschauungen zur Bekämpfung der Geburtenverminderung, zur Gestaltung der Steuerveranlagung, des Erbrechts, des Versicherungswesens, des weiblichen Dienstjahres, der inneren Kolonisation Beachtung.

Rumpf (Bonn).

76. **Deutschlands Volksvermehrung und Bevölkerungspolitik;** von F. Lönne. Wiesbaden 1917. J. F. Bergmann. 67 S. (Brosch. 2 Mk. 80 Pf.)

L. behandelt die in letzter Zeit viel erörterten Probleme der Volksvermehrung und des Geburtenrückganges von geschichtlichem und wissenschaftlichem Standpunkte aus, wobei die sozialen Momente der Ernährung, Erziehung und religiösen Auffassung entsprechend gewürdigt werden. Er betont die Bedeutung der Ernährungsmöglichkeit für die Bevölkerungsvermehrung, die Wichtigkeit frühzeitiger Ehe für die Lebensdauer der Männer (wobei allerdings nicht berücksichtigt ist, daß Krankheit viele an der Eheschließung hindert), die Bedrohung der Mutterschaft durch die Frauenemanzipation, die Wichtigkeit gesundheitlicher Frauenberufe, die Notwendigkeit eines Gesundheitsattestes vor der Eheschließung. Weiter fordert L. die Bevorzugung von Verheirateten bei Stellenbewerbung, eine Reform der Steuer nach der Kopfzahl, der Wohnungskontrollen, vor allem aber Mitwirkung des Volkes bei allen diesen Bestrebungen.

Rumpf (Bonn).

77. **Volkszunahme und Wehrmacht im Deutschen Reich;** von C. H. Stratz. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 52 S. mit 7 Abb. (2 Mk.)

Das lesenswerte Büchlein führt auf Grund der Statistik aus, daß die blutigen Verluste eines Krieges in 2—3 Jahren durch die Zunahme der Geburten und den stärkeren Knabenüberschuß nicht nur ausgeglichen, sondern sogar überholt werden und daß die Zunahme der Bevölkerung sich nach der Zahl der Existenzmöglichkeiten richtet. Weiterhin spricht sich St. gegen eine zahlreichere Beteiligung der Frauen am Berufsleben, gegen Auffassungen der deutschen Frauenvereine bezüglich des keimenden Lebens aus und betont, daß die Erhöhung der Volkszahl und Wehrkraft vom Willen zum Kinde und vom Willen zur Macht abhängt. „Die Schwangerschaft ist heilig, ihre möglichste Erhaltung ist unsere heiligste Pflicht.“

Rumpf (Bonn).

78. **Die Frau in der Kriegsbeschädigtenfürsorge, Deutsche Krüppelhilfe;** von Freifrau A. von Bissing. Leipzig 1917. Leopold Voß. 38 S.

v. B. behandelt zunächst mit großem Verständnis die Aufgaben der Frau in der Lazarettätigkeit als Fürsorgerin für Kriegsbeschädigte und deren Familien. Sie weist auf die vielen Wohlfahrtsvereine hin, deren Kenntnis und Art der Inanspruchnahme jeder Fürsorgerin vertraut sein muß, auf die ebenso notwendige Kenntnis der Gesetze und der Lebensverhältnisse, auf die psychische Beeinflussung, in welcher eine Frau besonders viel zu leisten vermag. Ein zweiter Abschnitt behandelt die Arbeit des Zentralkomitees, deren Einzelheiten hier nicht aufgeführt werden können, der aber durch einige treffende Beispiele die Bedeutung der Fürsorge beleuchtet, ein dritter die Wege geeignete Fürsorgerinnen zur Mitarbeit zu gewinnen, Fürsorgerinnen auch in der folgenden Friedenszeit.

Hoffen wir, daß die Erkenntnis von den wichtigsten Frauenberufen, welche in der Not des Krieges sich Bahn gebrochen hat, auch im Frieden und den mannigfachen späteren Sorgen nicht verloren geht.

Rumpf (Bonn).

79. **Duvals Grundriß der Anatomie für Künstler.** Deutsche Bearbeitung von E. Gaupp (†). 4. Aufl. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 321 S. mit 4 Taf. u. 108 Textabb. (Brosch. 8 Mk.; geb. 9 Mk. 40 Pf.)

Es ist dem vor Jahresfrist verstorbenen Gelehrten nicht mehr vergönnt gewesen, die Vorbereitung zur 4. Auflage seines bekannten Grundrisses der plastischen Anatomie für Künstler selbst zu beenden. Das posthum erschienene Werk ist daher von Wiedersheim herausgegeben worden. Ursprünglich die deutschsprachige Bearbeitung der Duvalschen Künstleranatomie ist das kleine und handliche Buch längst ein selbständiges deutsches Werk geworden, da G. im Laufe der Zeit so viel Eigenes hinzugefügt hat, daß in vieler Hinsicht ein ganz neues Buch entstanden ist. So ist auch die vorliegende 4. Auflage textlich sowohl wie durch eine Reihe neuer Abbildungen gegenüber der 3. nicht unwesentlich vermehrt worden. Der große Vorzug des kleinen Büchleins vor ähnlichen Künstleranatomien ist nach wie vor der, daß es sich streng an die Gebiete der deskriptiven Anatomie hält, die für den Künstler von Bedeutung sind (Knochen, Gelenke, Muskeln und Haut), ohne den Boden einer streng wissenschaftlichen Behandlung des Gebietes zu verlassen.

Sobotta (Königsberg).

Büchereingänge.

Alle der Redaktion zur Besprechung eingesandten Bücher werden hier aufgeführt. Eine anderweitige Verpflichtung kann die Redaktion nicht eingehen; sie behält sich in jedem Falle die Besprechung des Buches vor.

Aschner, B., Die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes und ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 416 S. mit 42 Abb. u. 12 farb. Taf. (26 Mk.)

Aufrecht, Zur Pathologie und Therapie der diffusen Nephritiden. Berlin 1918. August Hirschwald. 124 S. mit 15 Textfig. (5 Mk.)

Bachem, C., Arzneitherapie des praktischen Arztes, ein klinischer Leitfaden. Berlin 1918. Urban & Schwarzenberg. 234 S. (Geb. 7 Mk. 50 Pf.)

Bielschowsky, A., Die Förderung des akademischen Blindenbildungswesens im Kriege. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 20 S. mit 9 Abb. (1 Mk.)

Chirurgie im Felde. Herausgegeben vom k. und k. 2. Armeekommando. Wien 1918. Wilh. Braumüller. 338 S. mit 20 Abb. (6 Kr.)

Christen, Th., Die menschliche Fortpflanzung, ihre Gesundung und ihre Veredelung. 2. Aufl. München 1918. Ernst Reinhardt. 177 S. (Geb. 5 Mk. 85 Pf.)

Ebeler, F., Taschenbuch der Wochenbettpflege für Krankenpflegerinnen und Hebammenschülerinnen. Leipzig 1918. Repertorienverlag. 120 S. mit 56 Abb. (Geb. 3 Mk. 50 Pf.)

Fränkel, S., Praktikum der medizinischen Chemie einschließlich der forensischen Nachweise für Mediziner und Chemiker. Berlin 1918. Urban & Schwarzenberg.

448 S. mit 38 Textabb. u. 2 Taf. (Brosch. 18 Mk., geb. 20 Mk. 50 Pf.)

Franqué, O. v., Kriegsfolgen auf gynäkologischem und geburtshilflichem Gebiete. (Würzb. Abhandlg., Bd. 17, H. 11.) Würzburg 1918. Curt Kabitzsch. S. 195—218. (1 Mk.)

Frisch, K. v., Bakteriologie für Krankenschwestern. Wien 1918. Alfred Hölder. 91 S. mit mehreren Abb.

Gatscher, S., Über die diagnostische Bedeutung der Schmerzhaftigkeit und des Druckschmerzes des Warzenfortsatzes. Wien 1917. Wilhelm Braumüller. 32 S. mit 11 Abb. (2 Mk.)

Gerber, O. P., Die Boden- und Wohnungsfrage in Beziehung auf die Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung Wiener Verhältnisse. Wien 1918. Verlag Leonhardt. 29 S.

Gerling, R., Das Goldene Buch des Weibes. 6. Aufl. Berlin 1918. Wilhelm Pilz. 151 S.

Gregor, A., u. **E. Voigtländer,** Die Verwahrlosung, ihre klinisch-psychologische Bewertung und ihe Bekämpfung. Berlin 1918. S. Karger. 585 S. (Brosch. 22 Mk., geb. 26 Mk.)

Hausmann, Th., Die methodische Gastrointestinalpalpation und ihre Ergebnisse. Berlin 1918. S. Karger. 389 S. mit 80 Abb. u. 10 Taf. (Brosch. 16 Mk., geb. 19 Mk.)

Imhofer, R., Über Verlegungen und Verletzungen der Speiseröhre durch Speisebissen. (Würzb. Abhandlg.) Würzburg 1918. Curt Kabitzsch. S. 169—193. (1 Mk.)

Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. Sitzungsperiode 1916—1917. München 1918. J. F. Lehmann. XXIII u. 54 S.

Jeßner, S., Bartflechten und Flechten im Barte. Würzburg 1918. Curt Kabitzsch. 42 S. (1 Mk. 40 Pf.)

Jeßner, S., Furunkulosis und andere kokkogene Hautleiden. (Impetigo, Erysipel usw.) 2. Aufl. Würzburg 1918. Curt Kabitzsch. 99 S. (2 Mk. 40 Pf.)

Kaup, J., Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quantitative Messung der Komplementbildung. München 1917. R. Oldenbourg. 175 S. mit 7 Abb. (Geh. 5 Mk.)

Kisch, E. H., Die sexuelle Untreue der Frau. II. Teil. Bonn 1918. A. Marcus & E. Webers Verlag. 210 S. (Brosch. 5 Mk. 40 Pf., geb. 7 Mk.)

Kloß, K., u. **L. Hahn,** Taschen-Lexikon für das klinische Laboratorium. Berlin 1918. Urban & Schwarzenberg. 192 S. mit 18 Textfig. (Brosch. 6 Mk. 60 Pf., geb. 8 Mk.)

Lentz, O., Die Seuchenbekämpfung und ihre technischen Hilfsmittel. Berlin 1918. Leonhard Simon Nachfg. 64 S. mit zahlr. Abb. (5 Mk.)

Merkel, F., Die Anatomie des Menschen. VI. Abtg.: Peripherische Nerven, Gefäßsystem, Inhalt der Körperhöhlen. 199 S. (Geb. 8 Mk.) Atlas zur VI. Abtg. 114 S. mit 122 Abb. (Geb. 10 Mk.) Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann.

Oppenheim, H., Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen. Berlin 1918. S. Karger. 59 S. (2 Mk. 50 Pf.)

Pikler, J., Sinnesphysiologische Untersuchungen. Leipzig 1917. Ambrosius Barth. 515 S. mit 44 Fig. (18 Mk.)

Seebaum, H., Anschauungstafeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1918. Joh. Ambrosius Barth. Tafel 1—6.

Silex, P., u. **B. Hirsch,** Bericht über unsere dreijährige Tätigkeit an der Blinden-Lazarettschule des Vereinslazaretts St. Maria Viktoria-Heilanstalt zu Berlin. Berlin 1918. Selbstverlag der Lazarettschule. 72 S. mit zahlr. Abb.

Simmel, E., Kriegsneurosen und „Psychisches Trauma“. Leipzig 1918. Otto Nemnich. 84 S.

Sommer, R., Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. X. Band. 2. Heft. Halle a. S. Carl Marhold. 140 S. (3 Mk.)

Stein, A. E., Mediko-mechanische Behandlung im Feld- und Kriegslazarett. Stuttgart 1918. Ferd. Enke. 82 S. mit 118 Abb. u. 21 Taf. (6 Mk.)

Stekel, W., Der nervöse Magen. Wien 1918. Wallishauser (Vlg. Paul Knepler.) 73 S.

Stransky, E., Krieg und Geistesstörung. Wiesbaden 1918. J. F. Bergmann. 77 S. (3 Mk.)

Taschenwörterbuch, Medizinisches. Kurzes Repetitorium der Medizinischen Terminologie. 3. Aufl. Leipzig 1918. Joh. Ambrosius Barth. 210 S. (3 Mk., geb. 3 Mk. 60 Pf.)

Wagner, K., Die künstliche Höhensonne (Quarzlampe) in der Medizin. 2. Aufl. Graz 1917. Verlag der deutschen Vereins-Druckerei und Verlagsanstalt, Graz. 530 S. mit 16 Taf. (Brosch. 16 Mk. 50 Pf., geb. 19 Mk. 50 Pf.)

Zuckerkandl, O., u. **J. Moldovan,** Verhandlungen der Feldärztlichen Tagung bei der k. und k. 2. Armee. Lemberg, 20. bis 22. Februar 1917. Wien 1917. Wilh. Braumüller. 340 S. mit einigen Abb. (8 Kr.)

C. Medizinische Bibliographie des In- u. Auslands.

(Vom 1. Febr. bis 30. April 1918.)

1. Anatomie.

B a r g e, J. A. J., Die Entwicklung der Kranio-Vertebralgrenze beim Schaf. Anat. Hefte Bd. 55. H. 2. S. 415.

B a u m, H., Die im injizierten Zustande makroskopisch erkennbaren Lymphgefäße der Skelettknochen des Hundes. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 23 u. 24. S. 521.

G r o ß e r, O., Die Aufgaben des Eileiters der Säugetiere. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 21 u. 22. S. 490.

G u i l l i e r m o n d, A., Sur la division nucléaire des levûres. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. H. 3. S. 107.

H e i l b r o n n, Spontane Geschlechtswandlung beim Hunde. D. med. Woch. H. 8. S. 213.

H e n n e b e r g, B., Beitrag zur Entwicklung der äußeren Genitalorgane beim Säuger. Anat. Hefte Bd. 55. H. 2. S. 235.

H u b e r, E., Über das Muskelgebiet des N. facialis bei Katze und Hund, nebst allgemeinen Bemerkungen über die Fazialismuskulatur der Säuger. Anat. Anz. Bd. 51. H. 1. S. 1.

J a n d a, V., Neue Untersuchungen über die Regeneration der Geschlechtsorgane bei den Oligochäten. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 21 u. 22. S. 512.

K e i b e l, F., Die Implantationsstelle eines ganz frühzeitig abortiv ausgestoßenen menschlichen Eies. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 90. H. 4. S. 543.

K n o s p, Flughautbildung bei einem Menschen. Umschau Nr. 19. S. 222.

K r a s a, F. C., Über Reste des dritten und vierten Viszeralbogenskelettes. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 18—20. S. 480.

K r a s a, F. C., Die Entwicklungsgeschichte des Urogenitalsystems beim Maulwurf. Anat. Hefte Bd. 55. H. 2. S. 443.

K r e i b i c h, C., Zur Kenntnis der Schweißdrüsenkörperchen. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 668.

Kulmatycki, W. J., Einige Bemerkungen über den Bau der Deckmuskelzellen im Ösophagus sowie dessen Funktion bei Ascaris megalocephala. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 1. S. 18.

Lebedkin, S., Zur Frage der Entwicklung des Primordialkraniums beim Schwein (Sus scrofa). Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 23 u. 24. S. 539.

Leriche, R., et A. Policard, Le périoste et son rôle dans la formation de l'os. Presse méd. Nr. 16. S. 143.

Merkel, F., Die Anatomie des Menschen. VI. Abteil.: Peripherische Nerven, Gefäßsystem, Inhalt der Körperhöhlen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 199 S. Geb. 8 Mk. Atlas zur VI. Abteilung. 114 S. mit 122 Abb. Geb. 10 Mk.

Meves, F., Eine neue Stütze für die Plastosomentheorie der Vererbung. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 23 u. 24. S. 551.

Meves, F., Über Umwandlung von Plastosomen in Sekretkügelchen, nach Beobachtungen an Pflanzenzellen. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 90. H. 4. S. 445.

Nopcsa, F., Über den Längen-Breiten-Index des Vogelsternums. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 21 u. 22. S. 510.

Quant, C. A. J., Bijdrage tot de histo-mechanica van het schedeldek. Nederl. Maandschr. v. verlosk., en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 7. H. 1. S. 7; H. 2. S. 59.

Schumacher, S. v., Über das Vorkommen von Schuppen an den Ohrmuscheln des Alpenschneehasen (Lepus varronis Mill). Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 18—20. S. 473.

Schwerz, F., Tierreste aus La Tène. Anat. Anz. Bd. 50. H. 18—20. S. 457.

Sokolowsky, A., Der Bär als Zeitgenosse des prähistorischen Menschen. Med. Klin. Nr. 16. S. 395.

Stoß, A., Die Vaskularisation des hyalinen Knorpels. Anat. Anz. Bd. 51. Nr. 1. S. 29.

Traube, J., Physikalisch-chemische Betrachtungen über den Befruchtungsvorgang. Die Bedeutung oberflächenaktiver Stoffe. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. Nr. 9. S. 265. 1917.

Trunecek, C., Die Anastomosen zwischen dem kleinen und großen Blutkreislaufe beim Menschen. Klin.therap. Woch. Nr. 5 u. 6. S. 33; Nr. 7 u. 8. S. 47.

Wassjutotschkin, A. M., Untersuchungen über die Histogenese des Thymus. Anat. Anz. Bd. 50. Nr. 23 u. 24. S. 547.

2. Physiologie.

Asher, L., Beiträge zur Physiologie der Drüsen. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 7 u. 8. S. 285.

Bauer, J., Die Konstitution des Nervensystems. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 5. S. 3.

Bernstein, S., und W. Falta, Respiratorischer Stoffwechsel und Blutzuckerregulation. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 233.

Bickel, H., Reaktionen des Gefäßsystems auf Bewußtseinsvorgänge. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 5. S. 10.

Bikeles, G., und L. Zbyszewski, Über den Einfluß einer Reizung der Oblongatagegend mittels Wechselströme auf die Vasomotoren beim Frosche. Zentralbl. f. Phys. Bd. 32. H. 9 u. 10. S. 377.

Boer, S. de, Over den invloed van de snelheid der prikkelgeleiding op den vorm van het kamerelectrogramm. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 928.

Brücke, E. Th. v., Neuere Anschauungen über den Muskeltonus. D. med. Woch. H. 6. S. 152.

Chauffardi, A., et J. Huber, Etude de la résistance globulaire dans les solutions salines isotoniques variées. Presse méd. Nr. 16. S. 141.

Dittler, R., Über die Wirkung des Blutes auf den isolierten Dünndarm. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 4—6. S. 223.

Dusser de Barenne, J. G., Demonstratie eener kat, bij uie de groote hersenen (neopallium) geheel weggenomen sijn. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 12. S. 848.

Frey, M. v., Über Bewegungswahrnehmungen und Bewegungen in resezierten und in anästhetischen Gelenken. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 7 u. 8. S. 339.

Frey, M. v., und O. B. Meyer, Versuche über die Wahrnehmung geführter Bewegungen. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 7 u. 8. S. 301.

Goldstein, Rechtshändigkeit. Umschau Nr. 14. S. 158.

Haan, J. de, Über die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen verschiedener Blutarten im Hinblick auf deren Verwendbarkeit für Phagozytoseuntersuchungen. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 298.

Haberlandt, L., Weitere Studien zur Physiologie der Atrioventrikularverbindung des Kaltblüterherzens. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 4—6. S. 257.

Hennig, R., Lektüre-Vorstellungsbilder und ihre Entstehung. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. Bd. 79. H. 4—6. S. 228.

Heymans, G., In Sachen des psychischen Monismus. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. Bd. 79. H. 4—6. S. 211.

Hoffmann, P., Über die Beziehungen der Sehnenreflexe zur willkürlichen Bewegung und zum Tonus. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 7 u. 8. S. 351.

Huismans, L., Über die verschiedenen Methoden der Herzmessung und Herzphasenbestimmung. D. med. Woch. H. 11. S. 295.

Kipfer, R., Über die Beteiligung des Kontrastes an der elementaren physiologischen Raumempfindung. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 4—6. S. 163.

Koehler, A., Untersuchungen an Colpoden. Zeitschr. f. allg. Phys. Bd. 17. H. 3 u. 4. S. 827.

Krauße, A., Kritische Bemerkungen und neue Versuche über das Hörvermögen der Fische. Zeitschr. f. allg. Phys. Bd. 17. H. 3 u. 4. S. 263.

Krauße, A., Über den Darminhalt und die Exkremente von Paradesmus gracilis *C. Koch.* Zeitschr. f. allg. Phys. Bd. 17. H. 3 u. 4. S. 259.

v. Kries, Neuere Untersuchungen zur Muskeltätigkeit. D. med. Woch. H. 8. S. 201.

Lely, J. W., De invloed van radio-actieve stoffen en vrije bestraling op den vagus van het hart. Inaug.-Diss.. Utrecht, März. A. Oosthoek. 70 S. mit 48 Abb. auf 9 Tafeln.

Lipschütz, A., Zur allgemeinen Physiologie des Wachstums. Zeitschr. f. allg. Phys. Bd. 17. H. 3 u. 4. S. 239.

Piéron, H., Du mécanisme physiologique du tonus musculaire comme introduction à la théorie des contractures. Presse méd. Nr. 10. S. 88.

Pikler, J., Sinnesphysiologische Untersuchungen. Leipzig 1917. Ambrosius Barth. 515 S. mit 44 Fig. 18 Mk.

Popielski, L., Über die sekretorische Innervation der Nebennieren. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 1—6. S. 245.

Pyman, F. L., A lecture (abstract of) on the relation between chemical constitution and physiological action. Lancet Nr. 4921.

Ritschl, A., Die Wirkungen der Schaukelbewegungen auf den menschlichen Körper. Umschau H. 9. S. 103.

Szymanski, J. S., Abhandlungen zum Aufbau der Lehre von den Handlungen der Tiere. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 1—6. S. 1.

Tomaszewski, Z., Über die chemischen Erreger der Magendrüsen. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 1—6. S. 260.

Weitz, W., Über das Elektrokardiogramm in seiner Beziehung zum Spitzenstoß und zum Karotispuls. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 207.

Wenckebach, K. F., Über Reizleitung und Reizleitungsstörungen im Herzen. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 222.

Witasek, S., und A. Fischer, Assoziation und Gestalteinprägung. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. Bd. 79. H. 4—6. S. 161.

Zwaardemaker Cz., H., De radio-actieve evenwichten. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 602.

3. Physiologische und pathologische Chemie.

Arnold, V., Die Verdauungsreaktion des Harnes und ihre Bedeutung. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 354.

Berczeller, L., Über die kolorimetrische Bestimmung des Hämoglobins als Säurehämatin. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 1 u. 2. S. 23.

Berg, R., Untersuchungen über den Mineralstoffwechsel. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 5 u. 6. S. 406.

Berlin, E., Ein Beitrag über die wirksamen Substanzen der Blutgefäßdrüsen. Zeitschr. f. Biol. Bd. 68. H. 7 u. 8. S. 371.

Boas, F., Weitere Untersuchungen über die Bildung löslicher Stärke bei Schimmelpilzen mit besonderer Berücksichtigung der Frage nach der Eiweißsynthese der Schimmelpilze. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 110.

Bond, C. J., Further observations on the haemagglutinin reaction. With special reference to the operation of blood transfusion and to nephritis. Brit. med. Journ. Nr. 2983.

Brieger, L., Eine neue Fällungsreaktion beim Blut und Blutserum. D. med. Woch. H. 7. S. 170.

Castellani, A., and J. E. Taylor, The mycological detection and determination of certain carbohydrates and other carbon compounds in pathological work. Brit. med. Journ. Nr. 2974.

Corral, J. M. de, Respiratorische Stoffwechselversuche über die Frage der Bildung von Zucker aus Eiweiß und Eiweißabbauprodukten. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 176.

Dam, W. v., Über den Einfluß der Milchsäure auf die Milchsäuregärung. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 1 u. 2. S. 107.

Ebstein, E., Zur klinischen Symptomatologie der Alkaptonurie. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 369.

Ege, R., Zur Physiologie des Blutzuckers. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 1 u. 2. S. 77.

Ernst, H., Die Bedeutung der Weißschen Urochromogenreaktion. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 3. S. 255.

Euler, H., Über die Darstellung von Kohlenhydratphosphorsäureester (Zymophosphat) durch lebende Hefe. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 336.

Feigl, J., Neue Untersuchungen über akute gelbe Leberatrophie. III. Fette und Lipoide des Blutes. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 1.

Feigl, J., Über das Vorkommen von Phosphaten im menschlichen Blutserum. V. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 395.

Feigl, J., Über das Vorkommen von Kreatinin und Kreatin im Blute bei Gesunden und Kranken. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 1 u. 2. S. 1.

Feigl, J., Neue Beiträge zur Kenntnis des Reststickstoffes der Blutflüssigkeit, der Kritik einschlägiger Methoden, der Beurteilung und Anwendung in Klinik und Pathologie. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 168.

Feigl, J., und H. Luce, Neue Untersuchungen über akute gelbe Leberatrophie. IV. Verhalten von Blutzucker und Glykogen. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 48.

Forschbach, J., Über Ausscheidung eines roten Farbstoffes im Harn. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 5 u. 6. S. 431.

Fränkel, S., Praktikum der medizinischen Chemie einschließlich der forensischen Nachweise für Mediziner und Chemiker. Wien. Urban & Schwarzenberg. 448 S. mit 38 Textabb. u. 2 Taf. Brosch. 18 Mk., geb. 20 Mk. 50 Pf.

Freund, J., Beiträge zur Kenntnis des Meerschweinchenserums. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 421.

Genck, M., Über das Vorkommen und die Bedeutung doppelbrechender Substanzen im Harn. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 333.

Gröbly, W., Über das Nukleoproteid der Schilddrüse. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 403.

Halász, P., Gesamtphosphorsäure und Lezithinphosphorsäuregehalt verschiedener Erbsensorten. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 1 u. 2. S. 104.

Hamburger, H. J., Anionenwanderungen in Serum und Blut unter dem Einfluß von CO_2, Säure und Alkali. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 309.

Hasselbalch, K. A., und E. J. Warburg, Ist die Kohlensäurebindung des Blutserums als Maß für die Blutreaktion verwendbar? Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 410.

Jacoby, M., Über Fermentbildung. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 328.

Kleißl, R., Vitamine und ihre Beziehungen zum Stoffwechsel. Wien. med. Woch. Nr. 15. S. 646.

Klier, A., Die Methylengrün-Reaktion. D. med. Woch. Nr. 16. S. 438.

Kreißel, R., Vitamine und ihre Beziehungen zum Stoffwechsel. Wien. med. Woch. Nr. 13. S. 548; Nr. 14. S. 600.

Moellendorff, W. v., Die Bedeutung von sauren Kolloiden und Lipoiden für die vitale Farbstoffbindung in den Zellen. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 90. H. 4. S. 503.

Rhein, M., Über den Abbau des Tyrosins durch Bact. coli phenologenes nebst einer Notiz über die Zusammensetzung der Harnphenole des Menschen. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 1 u. 2. S. 123.

Siegfried, M., Über die Beeinflussung von Reaktionsgeschwindigkeiten durch Lipoide. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 1 u. 2. S. 98.

Temminck Groll, J., Periodiciteit bij fermenten. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 16. S. 1085.

Vallery-Radot, P., Rythme en échelons de la rétention chlorurée. Presse méd. Nr. 15. S. 135.

Vészi, J., Die physikalisch-chemische Theorie der Narkose. Pflügers Arch. Bd. 170. H. 1—6. S. 313.

4. Mikrobiologie und Serologie.

Abderhalden, E., Zum Nachweis der Abwehrfermente im Blutserum. D. med. Woch. H. 8. S. 210.

Aschoff, L., Über bakteriologische Befunde bei den Gasödemen. D. med. Woch. Nr. 7. S. 172.

Baumgärtel, F., Zur bakteriologischen Diphtheriediagnose. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 270.

Berczeller, L., Über Eigenhemmung und Alkoholhemmung von Seren. Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 464.

Bassett-Smith, P. W., G. Roche Lynch and S. Mangham, Carriers of the meningococcus: a year's record (December 1916 to December 1917) of 26 543 non contact men examined at Greenwich. Lancet Nr. 4930.

Brauer, K., Ein neues Verfahren zur Anreicherung von Tuberkelbazillen im Sputum. D. med. Woch. Nr. 9. S. 266.

Dienes, L., Die abnormen Serumreaktionen bei Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 17. S. 462.

Elias, H., Zur Theorie der serologischen Reaktionen auf Fleckfieber. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 309.

Fåhraeus, R., Om hämagglutinationen, särskilt med hänsyn till havandeskapet och möjligheten av att diagnostiskt utnyttja densamma. Hygiea Bd. 80. H. 7. S. 369.

Fildes, P., and S. L. Baker, The grouping of meningococci into „types". Lancet Nr. 4925.

Finger, A., und V. Kollert, Beiträge zur Klärung des Wesens der Weil-Felixschen Reaktion. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 270.

Fischel, K., Über die Behandlung der Tuberkulose mit Partialantigenen nach *Deycke-Much*. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 303.

Fraenkel, E., Über bakteriologische Befunde bei den Gasödemen. D. med. Woch. Nr. 11. S. 290.

Freund, J., Die Herstellung von Antigenen für die Wassermann-Reaktion mit Antiformin. D. med. Woch. Nr. 16. S. 432.

Frisch, K. v., Bakteriologie für Krankenschwestern. Wien. Alfred Hölder. 91 S. mit mehreren Abb.

Goodall, E. W., A clinical address on serum sickness. Lancet Nr. 4931 u. 4932.

Gordon, M. H., The endotoxin of the meningococcus. A method of extracting it for the purpose of standardising antimeningococcus serum. Brit. med. Journ. Nr. 2978. S. 110.

Herzfeld, E., und R. Klinger, Chemische Studien zur Physiologie und Pathologie. Die Hämolyse. Das Komplement. Biochem. Zeitschr. Bd. 87. H. 1 u. 2. S. 36.

Hammerschmidt, J., Die Genese der „Einschlußkörper" in der Haut bei einigen Chlamydozoenerkrankungen. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 271.

Hello, Y. le, Les modifications de coagulabilité du sang dans les états anaphylactiques. Utilisation de l'anaphylaxie passive dans un but antihémorragique. Thèse de Paris.

Hirschbruch, A., und C. Börner, A-Meningokokken als Genickstarreerreger. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 2. S. 21.

Hoga, H. C., *Abderhalden's* afweerfermenten. Een historisch-kritische Studie. Inaug.-Diss. Groningen, März. M. de Waal. 91 S.

Kereszte s, M., Die Modifikation der Wassermannschen Originalmethode nach *Kaup*. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 272.

Kolle, W., H. Ritz und H. Schloßberger, Untersuchungen über die Biologie der Bakterien der Gasödemgruppe. Med. Klin. Nr. 12. S. 281.

Kolle, W., H. Sachs und W. Georgi, Serologische und serotherapeutische Studien bei Gasödem. D. med. Woch. Nr. 9. S. 257.

Landsteiner, K., und H. Lampl, Über die Abhängigkeit der serologischen Spezifizität von der chemischen Struktur. (Darstellung von Antigenen mit bekannter chemischer Konstitution der spezifischen Gruppen.) Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 343.

Latzel, R., Die Mikroorganismen des Magendarmtraktes vom Standpunkt ihres klinischen Interesses. Med. Klin. Nr. 6. S. 133.

Lode, A., Über die Verwendung von Phosphor zur Absorption des Sauerstoffes bei der Züchtung der Anaërobier. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 496.

Mandelbaum, M., Eine neue Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 294.

Martini, E., Bewertung der *Weil-Felix*-Reaktion in der Seuchenpraxis. D. med. Woch. H. 9. S. 236.

Màrtiri, A., Per la conservazione del virus rabico allo stato secco. Rivista crit. di clin. med. Nr. 51.

Mautner, H., Die physikalisch-chemische Sonderstellung des x 19 von *Weil* und *Felix*. Wien. med. Woch. Nr. 9. S. 387.

Müller, W., Die Grundgesetze der Partialreaktivität beim tuberkulösen Menschen und ihre Anwendung am Krankenbett. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 209.

Nicolle, Raphaël et Debains, Etudes sur le bacille *d'Eberth* et les bacilles paratyphiques (prémier mémoire). Caractères généraux de 70 échantillons. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. H. 8. S. 373.

Nicolle, Debains et Raphaël, Etude sur le bacille *d'Eberth* et les bacilles paratyphiques agglutination de 70 échantillons en présence de sérums de chevaux immunisés. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. H. 8. S. 403.

Nußbaum, O., Über die serochemische Reaktion nach *Bruck*. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 12. S. 45.

Oppler, B., Zum Nachweis der Abwehrfermente im Blutserum. D. med. Woch. Nr. 9. S. 268

Otto, R., Über Immunitätsreaktionen mit dem Bazillus *Weil-Felix* und über seine ätiologische Bedeutung für das Fleckfieber. D. med. Woch. Nr. 7. S. 173.

Prell, H., Über das Auftreten und die Beseitigung von den Diphtheriebakterien färberisch ähnlichen Sporenbildnern auf Serumnährböden. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 157.

Přibram, H., Über die klinische Bedeutung der Partialantigene. Klin.-therap. Woch. Nr. 11 u. 12. S. 79.

Remlinger, P., Contribution à l'étude de la rage du cobaye. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. H. 11. S. 537.

Sachs, H., Zur Kenntnis der Weil-Felixschen Reaktion. D. med. Woch. Nr. 17. S. 459.

Scherber, G., Zusammenfassung der Klinik der pseudotuberkulösen Geschwüre sive Ulcus acutum vulvae und Mitteilung der gelungenen Reinkultur der in den Geschwüren vorkommenden Bazillen mittels eigener Züchtungsmethode. Wien. klin. Woch. Nr. 7. S. 179.

Schönfeld, W., Über virulente Tuberkelbazillen in der Blutbahn bei Hauttuberkulosen nach diagnostischer Tuberkulinanwendung und unter anderen Bedingungen. D. med. Woch. Nr. 15. S. 400.

Schürmann, H., Über das Vorkommen von paragglutinablen Bakterien und ihre Verwendung zu neuen Serumreaktionen bei nichtbakteriellen Infektionskrankheiten, insbesondere bei der Syphilis. D. med. Woch. Nr. 17. S. 464.

Sherrington, C. S., Observations with antitetanus serum in the monkey. Lancet Nr. 4922.

Taylor, F. E., The *Wassermann* reaction: a rapid method of performing it with small quantities of serum. Lancet Nr. 4923.

Tribondeau, L., Quelques colorants et procédés de coloration. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. H. 8. S. 412.

Ungermann, E., und K. W. Jötten, Ergebnisse und Beobachtungen bei der bakteriologisch-serologischen Ruhrdiagnose. Med. Klin. Nr. 14. S. 334.

Wetzel, E., Über den Keimgehalt des Steckgeschosses. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 265.

Wolf, Die Weil-Felixsche Reaktion. Wien. klin. Rundschau Nr. 7 u. 8. S. 39.

5. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Amberger, J., Ist in der Kriegszeit eine Häufung der Karzinome zu bemerken? Zentralbl. f. Chir. Nr. 15. S. 251.

Anders, Über pathologisch-anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bei Gasödem. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 194.

Arima, H., Die histologischen Veränderungen des Pankreas infolge der chronischen Atropinvergiftung beim Tiere. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 157.

Askanazy, M., Einige Grundprobleme der Geschwulstlehre. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 3. S. 49.

Ausch, O., Akromegalie mit intensivem Diabetes und Wechsel der Haarfarbe. Med. Klin. Nr. 6. S. 131.

Baetzner, W., Phlebolith der Vena jugularis interna mit den klinischen Erscheinungen einer arteriovenösen Fistel. Zentralbl. f. Chir. Nr. 12. S. 192.

v. Baumgarten, Kriegspathologische Mitteilungen. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 212.

Berg, J., Studien über die Funktion der Gallenblase unter normalen und gewissen abnormen Zuständen. Nord. med. Arch. (Chir.) Bd. 50. Nr. 5 u. 6. S. 35.

Bergstrand, H., Ett fall av sannolikt kongenitala bronchiectasier med tuberkelbacilliknande syrefasta stavar i sputum och kolonier av Bacillus fusiformis i de utvidgade luftrörsförgreningarna. Hygiea Bd. 80. H. 3. S. 97.

Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. D. med. Woch. Nr. 6. S. 145; Nr. 16. S. 425; Nr. 17. S. 452.

Bolten, G. C., Het voorkomen van blauwe sclerae in verband met aangeboren afwijkingen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 8. S. 560.

Bonhoff, F., Über Fetttröpfchenaustritt aus dem Knochenmark bei Schußfrakturen. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 324.

Caro und Winkler, Ausgedehnte hämorrhagische Pankreasnekrose und Diabetes mit Azidose. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 147.

Dam, J. van, Waarnemingen over het voorkomen van kanker ten platten lande. Inaug.-Diss. Amsterdam, März. Meyer en Schaaßma, Leeuwarde. 56 S. mit 26 Karten.

Deelman, H. T., Het metastatisch carcinoom van longen en milt in verband met de verspreiding van het carcinoom door het lichaam. Amsterdam. J. H. de Bussy. 128 S. mit 18 Abb. auf 8 Tafeln.

Dekker, H., Krieg und Krankheit. Kosmos H. 2. S. 37.

Dietrich, A., Die Nebennieren bei den Wundinfektionskrankheiten. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 6. S. 169.

Diviak, R., und J. W. v. Jauregg, Über die Entstehung des endemischen Kretinismus nach Beobachtungen in den ersten Lebensjahren. Wien. klin. Woch. Nr. 6. S. 149.

Edman, V., Tva opererade fall av icterus haemolyticus congenitus, samt ett fall av icterus haemolyticus acquisitus jainte nagra reflexioner över sjukdanens patogenes. Hygiea Bd. 80. H. 8. S. 433.

Fahr, Ph., Beiträge zur Pathologie der Hypophyse. D. med. Woch. Nr. 8. S. 206.

Favre, R., L'oblitération de la veine cave supérieure (quatre cas personnels). Revue de Méd. H. 2. S. 97.

Flesch, J., Die Ödemkachexie. Klin.-therap. Woch. Nr. 17 u. 18. S. 125.

Flörcken, Veränderungen des Gehirns bei der Gasphlegmone. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 272.

Fraser, A. Mearns, The ministry of health. Lancet Nr. 4931.

Froboese, C., Die tuberkulöse Erkrankung der Hypophysis, insbesondere über die primäre Form. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 5. S. 145.

Goormaghtigh, Contribution à l'étude du fonctionnement de la capsule surrénale humaine dans les états infectieux. Arch. méd. belges Bd. 70. H. 8. S. 697.

Gräff, S., Pathologisch-anatomische Beiträge zur Pathogenese des Typhus abdominalis (*Eberth*). D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 352.

Hamburger, F., Über die Sklerose der Armarterien. Wien. klin. Woch. Nr. 7. S. 177.

Heitzmann, O., Doppelseitige Hydronephrose nach doppelseitiger gonorrhoischer Ureterenverengerung. Zentralbl. f. Path. u. path. Anat. H. 2. S. 25.

Heitzmann, Über das Vorkommen von Fetttropfen in den Lymphknötchen der Milz. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 3. S. 52.

Helm, I. J. van den, Traumatische dermoiedcysten. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 746.

Herxheimer, G., Über das Karzinosarkom des Ösophagus. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. H. 1. S. 1.

Herzog, G., Zur Pathologie des Fleckfiebers. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 29. Nr. 4. S. 97.

Hirsch, R., Arteriosklerose in Theorie und Praxis. Ther. d. Gegenw. H. 3. S. 86.

Jaffé, R., Zur pathologischen Anatomie des Fleckfiebers. Med. Klin. H. 9. S. 210.

Jaeger, W., Ein Fall von unter der Geburt geplatztem Wasserkopf. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 15. S. 478.

Jakob, A., Zum gegenwärtigen Stande der Histopathologie der Geisteskrankheiten. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 5. S. 25.

Jatrou, St., Über Lymphzysten des Halses. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 328.

Jenny, E., Ein Beitrag zur Kenntnis der Osteodysplasia exostotica. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 4. S. 319.

Keith, A., Hunterian lecture on *Wolff's* law of bone-transformation. Lancet Nr. 4927.

Kind, E., Blutbefunde bei endemischem Kretinismus. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 285.

Klinkert, D., De beteekenis der reconvalescentie-eosinophilie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 941.

Kreibich, C., Zur Frage der Natur der Blutzellengranula und des Keratohyalins, sowie der Zellteilung in kultivierter Haut und Kornea. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 362.

Lehmann, R., Über Infektion, Entzündung und Immunität. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 2. S. 25.

Lepehne, G., Zerfall der roten Blutkörperchen in der Milz bei der Weilschen Krankheit. Med. Klin. Nr. 15. S. 366.

Liebermann, L. v., Selektionshypothese. D. med. Woch. Nr. 12. S. 314.

Lobmayer, G. v., Genitale Entwicklungsstörung. D. med. Woch. Nr. 12. S. 324.

Lubarsch, O., Über Entstehungsweise, Infektions- und Verbreitungswege der Tuberkulose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 7. S. 175.

Lundmark, R., Beitrag zur Kenntnis von Darm- und Mesenterialzysten. Nord. med. Arch. (Chir.) Bd. 50. Nr. 5 u. 6. S. 119.

Luzoir, J., Le shock et les théories américaines; indications thérapeutiques. Presse méd. Nr. 13. S. 122; Nr. 16. S. 148.

Martius, F., Die Lehre von den Ursachen in der Konstitutionspathologie. D. med. Woch. Nr. 17. S. 450.

Matko, J., Über Wechselbeziehungen zwischen Chinin und Harn in der Hämolyse. Wien. klin. Woch. Nr. 7. S. 188.

Merk, L., Zur Frage der Natur der Blutzellengranula und des Keratohyalins sowie der Zellteilung in kultivierter Haut und Kornea. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 360.
Moellendorff, W. v., Zur Morphologie der vitalen Granulafärbung. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 90. H. 4. S. 463.
Nobl, G., Zur künstlichen Thrombose der Varizen. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 295.
Peutz, J. L. A., Jets over vetstoffen in de urine. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 728.
Ritter, C., Über die Ursache der Neubildung von Lymphdrüsen. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 386.
Roger, H., Influence des compressions et des embolies cérébrales sur la pression sanguine. Arch. de Méd. exper. et d'Anat. path. Bd. 27. H. 5. S. 591.
Rosenbach, Gallenstauung im Ductus Wirsungianus durch Stein in der Papilla Vateri als Ursache einer akuten Pankreasnekrose mit galliger Peritonitis. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 185.
Roškoschny, F., Symmetrische Syndaktylie beider Hände und Füße. D. med. Woch. Nr. 13. S. 350.
Rost, F., Über Filariasis. Klin.-therap. Woch. Nr. 9 u. 10. S. 67.
Roux, C., A propos du goître. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 12. S. 369.
Schlayer, Neuere Anschauungen über das Wesen der Arteriosklerose und ihre Behandlung. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 12. S. 106; Nr. 13. S. 115.
Schloß, E., Neuere Tatsachen und Anschauungen über die Rachitis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 5. S. 122.
Schulze, W., Über das Auftreten toxischer Kiefernekrosen infolge antiluetischer Behandlung. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 366.
Sochański, H., Neue Methode zur raschen Unterscheidung der Exsudate von den Transsudaten. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 494.
Sommer, A., Drei wahrscheinlich als „Spirochaetosis arthritica" (*Reiter*) anzusprechende Krankheitsfälle. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 403.
Stapelmohr, St. v., Über primäre Sarkome im Omentum majus. Nord. med. Arch. (Chir.) Bd. 50. Nr. 5 u. 6. S. 73.
Stejskal, Über Wechselbeziehungen zwischen Chinin und Harn in der Hämolyse. Wien. klin. Woch. Nr. 7. S. 188.
Straub, H., und K. Meier, Die Wasserstoffzahl des Blutes bei kardialer und urämischer Dyspnöe. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 477.
Strecker, Beitrag zu den Gefäßgeräuschen. D. med. Woch. Nr. 12. S. 323.
Szenes, A., Über solide Mesenterialtumoren. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 228.
Tüchler, Über Skorbut. Med. Klin. Nr. 5. S. 112.
Venema, T. A., Über die Phagozytose befördernde bzw. vermindernde Wirkung von Substanzen. D. med. Woch. Nr. 17. S. 470.
Vinař, J., Durchlöcherung der Aortenwand bei einem Aneurysma ohne innere Blutung. Militärarzt Nr. 1. S. 11.
Vogel, R., Über den mesenterialen Duodenalverschluß. Wien. klin. Woch. Nr. 9. S. 237.
Waetzoldt, A., Die Ödemkrankheit. Ther. d. Gegenw. H. 2. S. 55.
Weidenfeld, St., Studien über das Krebsproblem. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 324.
Weidenfeld, St., und E. Fürer, Studien über das Krebsproblem. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 437.
Wessén, N., De patologisk-anatomiska mjältförändringarna i tränne fall av kongenital hämolytisk ikterus. Hygiea Bd. 80. H. 8. S. 453.
Westermark, H., Ett fall av cystosarkom i mamma med verklig sarkomvävnad. Hygiea Bd. 80. H. 6. S. 352.
Wibaut, F., Toxische en anaphylactische ontsteking. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 770.
Wiese, O., Eine Gruppe ungeklärter Fieber. D. med. Woch. Nr. 14. S. 379.
Wilms, Die Seltenheit der akuten Pankreatitis während der Kriegszeit. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 204.
Wright, A. E., New methods for the study of emigration and of the bactericidal effects exerted in the wound by leucocytes. Lancet Nr. 4926.
Wright, A. E., and A. Fleming, Further observations on acidaemia in gasgangrene and on the conditions which favour the growth of its infective agent in the blood fluids. Lancet Nr. 4928.

6. Pharmakologie und Toxikologie.

1. *Allgemeine Pharmakologie, Pharmazie.*

Adler, L., Beiträge zur Pharmakologie der Beckenorgane. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 248.
Bachem, C., Arzneitherapie des praktischen Arztes. Berlin u. Wien. Urban & Schwarzenberg. 234 S. Geb. 7 Mk. 50 Pf.
Bäck, H., Beiträge zur Kenntnis der Ausscheidung der Saponine durch den Kot. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 223.
Beckstroem, Die wichtigsten neuen Arzneimittel und Spezialpräparate des Jahres 1917. Der prakt. Arzt H. 7 u. 8. S. 105.
Fieger, J., Über die Ausscheidung von Saponinen durch den Harn und ihre Wirkung auf das Blut nach innerlicher Darreichung. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 243.
Loewe, S., und G. Magnus, Zur Pharmakologie der Wundbehandlung. Therap. Monatsh. H. 2. S. 43.
Meyerhof, O., Notiz über Eiweißfällungen durch Narkotika. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 5 u. 6. S. 325.
Rothmund, C., Eine Verbesserung der physiologischen Kochsalzlösung für Infusionen, ihre Anwendung und ihre Wirkung. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 484.
Rubens, Die Ersetzung französischer Arsenpräparate durch deutsche. D. med. Woch. H. 7. S. 186.
Schloßberger, H., Über die keimtötende Wirkung der Metalle und Metallsalze. Med. Klin. Nr. 9. S. 204.
Stuber, B., Zur Chemotherapie der Typhusbazillenträger. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 201.

2. *Einzelne Arzneimittel.*

Ahl, Beitrag zur Optochinbehandlung der Pneumonie. D. med. Woch. Nr. 9. S. 266.
Auld, A. G., Pyrogenic therapy. With remarks on colloidal metals. Brit. med. Journ. Nr. 2981.
Bashford, E. F., J. N. J. Hartley and J. T. Morrison, A study of fifty cases treated by flavine. Brit. med. Journ. Nr. 2974.
Beck, C. S., Ein Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Neosalvarsans auf die sogenannten lokalen Spirochätosen. Med. Klin. Nr. 12. S. 294.
Boruttau, H., Die therapeutische Verwendbarkeit der Brenzkatechinmonoazetsäure und ihre Verbindungen. D. med. Woch. Nr. 9. S. 240.

Brodzki, J., Zur kombinierten Arsen-Phosphor-Eisenwirkung in Form des Nukleogen. Klin.-therap. Woch. Nr. 15 u. 16. S. 107.

Bürgi, E., Das Chlorophyll als blutbildendes und belebendes Agens. Therap. Monatsh. H. 2. S. 33.

Compton, A., The treatment of staphylococcal infections bij stannoxyli, furunculosis and acne (method of *Grégoire* and *Fronin*). Lancet Nr. 4925.

Curschmann, H., Über die therapeutische und toxische Wirkung des Nirvanols. Therap. Monatsh. H. 2. S. 53.

Dakin, H. D., and E. K. Dunham, Solvents for dichloramine-T. Brit. med. Journ. Nr. 2976.

Danysz, J., Les propriétés physico-chimiques des produits du groupe des arsénobenzènes, leurs transformations dans l'organisme. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. H. 3. S. 114.

Dezarnaulds, P., Le traitement des plaies de guerre par la poudre de *Vincent*. Presse méd. Nr. 14. S. 129.

Ditthorn, F., Fawestol, ein wasserlösliches 100proz. Kresolpräparat. Klin.-therap. Woch. Nr. 3 u. 4. S. 30.

Flory, L., Über Einwirkung von Novokain auf die Nieren. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 217.

Geißler, O., Jodtherapie bei Ruhr. Münchn. med. Woch. H. 7. S. 187.

Gordon, W., and M. E. Gates, The value of a mixture of cyllin, iodoform and olive oil in intrathoracic sepsis. Brit. med. Journ. Nr. 2980.

Gottgetreu, H., Über Digestomal. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 10. S. 37.

Gottlieb, R., Über den Vergiftungs- und Entgiftungsvorgang bei der Digitalisvergiftung des Frosches. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 1 u. 2. S. 117.

Guglielmetti, J., La toxicité du chlorhydrate d'émétine. Presse méd. Nr. 5. S. 43.

Hartmann, H., und L. Zila, Das Schicksal des Chinins im Organismus. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 221.

Leo, H., Über die intravenöse Anwendung des Kampfers. D. med. Woch. Nr. 11. S. 285.

Lind van Wijngaarden, C. de, Physiologische waardebepaling van tinctura lobeliae inflatae. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 347.

Loewe, S., Ist die perorale Darreichung von Nebennierenpräparaten sinnvoll? Therap. Monatsh. H. 2. S. 89.

Loewy, A., und R. von der Heide, Über die Aufnahme des Äthylalkohols durch die Atmung. Biochem. Zeitschr. Bd. 86. H. 3 u. 4. S. 125.

Low, G. C., and R. P. Cockin, A case of ratbite fever treated successfully by injections of novarsenobillon. Brit. med. Journ. Nr. 2981.

Mendel, F., Bulbus scillae, ein zu Unrecht vernachlässigtes Herzmittel. Ther. d. Gegenw. Nr. 2. S. 50; Nr. 3. S. 92; Nr. 4. S. 126.

Morgan, W. P., Observations on the action of acriflavine and proflavine. Lancet Nr. 4929.

Mühlens, Arsalyt. D. med. Woch. Nr. 14. S. 380.

Oppenheim, H., Die Behandlung klimakterischer Wallungen mit Neo-Bornyval. Med. Klin. Nr. 7. S. 167.

Pilcher, E. M., and A. J. Hull, The treatment of wounds by flavine. Brit. med. Journ. Nr. 2980.

Pohl, J., Versuche zur Entgiftung des Methylalkohols. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 204.

Purdy, J. S., Mutton bird oil. Brit. med. Journ. Nr. 2980.

Ravaut, P., La suppression des troubles gastriques déterminés par la quinine au cours du traitement du paludisme. Presse méd. Nr. 16. S. 146.

Rieß, L., Über Migrol. Wien. klin. Rundschau Nr. 15 u. 16. S. 87.

Schwarz, J., Über Aphlogol, eine Karbol-Kampfer-Verbindung. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 5. S. 17; H. 6. S. 21.

Siegfried, Das neue Narkotikum Eukodal. D. med. Woch. Nr. 7. S. 185.

Stein, J., Erfahrungen über Versuche mit Theazylon. Therap. Monatsh. H. 2. S. 92.

Walther, H., Erfahrungen mit Optochin bei chirurgisch Erkrankten. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 267.

Wittgenstein, H., Pharmakologische Untersuchungen über Dichloräthylen als Narkotikum. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 3 u. 4. S. 235.

Zangger, Th., Resopon, ein neues Antiseptikum. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 5. S. 145.

3. *Toxikologie.*

Arima, H., Über die paradoxe Speichelsekretion bei chronischer Atropinvergiftung. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 83. H. 1 u. 2. S. 1.

Böhm, F., Wahrnehmungen bei Kampfgasvergiftungen. Militärarzt Nr. 2. S. 41.

Buchmann, E., Ein Fall von Pantoponvergiftung. Therap. Monatsh. H. 3. S. 84.

Fabry, H., Spät-Ikterus nach Neosalvarsanbehandlung. Med. Klin. Nr. 11. S. 260.

Fischer, Bemerkungen zu Sekalevergiftung und Tetanie. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 533.

Fitzgibbon, G., Notes on a case of poisoning by corrosine sublimate. Lancet Nr. 4933.

Haas, H. K. de, Een schaduwzijde van het arsenicum in onze dagelijhsche omgeving. Geneesk. Bladen Bd. 20. H. 2. S. 31.

Katz, H., Über die Formalinprobe zum Nachweise von Kohlenoxyd im Blute. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 526.

Koennecke, W., Schwere allgemeine Störungen nach Jodipininjektion. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 1. S. 153.

Lewin, L., Lehren aus dem Arsen-Giftmordprozeß Kieper. Med. Klin. Nr. 16. S. 386.

Mueller, F., Trivalinismus. D. med. Woch. Nr. 14. S. 380.

Schlesinger, H., Sekalevergiftung und Tetanie. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 405.

Weber, Vergiftung durch Anstrichmittel an Bord. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 6. S. 90.

Weitz, W., Über Veronalvergiftung. Med. Klin. Nr. 7. S. 159.

Wintz, H., Die Gasvergiftung im Röntgenzimmer. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 297.

Zollner, Ein Fall von Pilzvergiftung. D. med. Woch. Nr. 8. S. 213.

7. Physikalische Therapie.

1. *Bäder und Kurorte, Klimatologie, Heliotherapie.*

Brunon, R., Héliothérapie, photothérapie, une d'air. Presse méd. Nr. 11. S. 100.

Carton, P., La cure de soleil et d'exercices chez les enfants. Paris. A. Maloine et fils, éd. 1 vol. in-8°. 104 S., 60 Abb. 4 frs.

Dalmady, Z. v., Die Nachbehandlung rheumatischer und ähnlicher Kriegserkrankungen in Bädern und Heilanstalten. Zeitschr. f. Phys. u. diät. Ther. H. 2. S. 46.

Durand-Fardel, R., Les cures hydrominérales sulfurées pour les syphilitiques. Presse méd. Nr. 4. S. 32.

Langen, C. D. de, en J. Schut, Over acclimatisatie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 836.

Plant, A. v., Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Wirkung des Hochgebirgsklimas auf das Asthma der Kinder. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 13. S. 408.

Wagner, K., Die künstliche Höhensonne (Quarzlampe) in der Medizin. 2. Aufl. Graz 1917. Verlag der deutschen Vereins-Druckerei u. Verlagsanstalt Graz. 30 S. mit 16 Taf. Brosch. 16 Mk. 50 Pf., geb. 19 Mk. 50 Pf.

2. *Hydrotherapie, Massage, diätetische Kuren.*

Adler, E., Die diuretische Wirkung der Kriegskost. Med. Klin. Nr. 17. S. 421.

Eisenmenger, R., Der hydrostatische Druck als therapeutische Komponente des Bades. Ther. d. Gegenw. Nr. 4. S. 116.

Feilchenfeld, L., Über den günstigen Einfluß unserer Kriegsnahrung auf Diabetes und Arteriosklerose. Med. Klin. Nr. 2. S. 183.

Kuttner, L., Zur weiteren Regelung der Krankenernährung während des Krieges. D. med. Woch. Nr. 9. S. 228.

Lorand, A., Der Wert des Mundspeichels für die bessere Verdauung und Ausnützung der stärkemehlreichen Nahrungsmittel. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 412.

Richter, P. F., Kriegskost und Diabetiker. Ther. d. Gegenw. Nr. 4. S. 113.

3. *Strahlenlehre.*

Bach, H., „Künstliche" Heliotherapie. Umschau Nr. 19. S. 219.

Gewin, J., Resultaten met de hoogtezon aan een honderdtal gevallen. Invloed van het kwartslicht op het uilte bloedbeeld. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 13. S. 916.

Haendly, P., Ein Beitrag zur Strahlenwirkung, besonders mit Hinblick auf die sog. „elektive Wirkung". Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 409.

Kok, C. H., Een ziake Coolidge-buis en haar genezing. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 16. S. 1093.

Küpferle, L., und J. E. Lilienfeld, Zur praktischen Dosimetrie der Röntgenstrahlen. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 425.

Loose, G., Der Sieg der Röntgenstrahlen über den Brustkrebs. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 183.

Orton, G. Harrison, An address on the necessity for education in radiology and electrotherapeutics. Brit. med. Journ. Nr. 2974.

Seitz, L., und H. Wnitz, II. Erfahrungen mit der Röntgenbestrahlung des Gebärmutterkrebses kombiniert mit Radiumbehandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 202.

Weishaupt, E., Hautveränderungen bei Strahlentherapie und Karzinom. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 358.

8. Innere Medizin.

1. *Allgemeines. Allgemeine Diagnostik und Therapie.*

Adler, E., Die diuretische Wirkung der Kriegskost. Med. Klin. Nr. 17. S. 421.

Albu, A., Zur Frage der Leberperkussion. D. med. Woch. Nr. 9. S. 265.

Baumgarten, A., und A. Luger, Zur Theorie des sogenannten oligodynamischen Phänomens. Wien. klin. Woch. Nr. 7. S. 188.

Böttner, A., Über Kollargolanaphylaxie und ihre Bedeutung für die menschliche Anaphylaxie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 1.

Gordon, W., The effect of a deep held inspiration on the murmer of slight aortic regurgitation in young subjects. Brit. med. Journ. Nr. 2983.

Gröger, R., Magnetismus. Wien. klin. Rundschau H. 5 u. 6. S. 30.

Hausmann, Th., Die methodische Gastrointestinalpalpation und ihre Ergebnisse. Berlin. S. Karger. 389 S. mit 80 Abb. u. 10 Taf. Brosch. 16 Mk., geb. 19 Mk.

Heineke, A., Über häufig wiederkehrende Fehldiagnosen besonders der physikalischen Diagnostik. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 393; Nr. 16. S. 432.

Heinsheimer, Kriegskost und Magenchemismus. Med. Klin. Nr. 12. S. 291.

Jansen, W. H., Kalkstudien am Menschen. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 168.

Jaquet, A., Über Terrainkuren. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 5. S. 130.

Karlefors, J. A., Über die Wirkung eines Schilddrüsenpräparates auf die Blutbefunde, die Pulsfrequenz und das Körpergewicht bei Krebskranken. Nord. med. Ark. (innere Med.) Bd. 50. Nr. 3. S. 210.

Kloß, K., und L. Hahn, Taschen-Lexikon für das klinische Laboratorium. Berlin u. Wien. Urban & Schwarzenberg. 192 S. mit 18 Textfig. Brosch. 6 Mk. 60 Pf., geb. 8 Mk.

Korányi, A. v., Zur Methode der Lungenspitzenperkussion. D. med. Woch. Nr. 7. S. 169.

Kuczynski, M. H., Über einen Todesfall nach Bluttransfusion. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 485.

Labhardt, A., Die Beziehungen des Genitaltraktus zum Magen-Darmtraktus. Klin.-therap. Woch. Nr. 1 u. 2. S. 1; Nr. 3 u. 4. S. 21.

Màrtiri, A., Per la conoscenza della malattia di *Kahler-Bozzobo.* Rivista crit. di clin. med. Nr. 50.

Reiter, H., Über Milchtherapie. D. med. Woch. Nr. 7. S. 175.

Schrumpf, P., Die dynamische Pulsunteruntersuchung bei beginnender Arteriosklerose. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 348.

Teske, Zwei Fälle von Überpflanzung defibrinierten Blutes. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 353.

2. *Infektionskrankheiten (exkl. Tuberkulose).*

Bartolotti, C., Recidive malariche. Rivista crit. di clin. med. Nr. 50.

Bauer, J., Beiträge zur aktiven Immunisierung gegen Diphtherie. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 66. H. 5 u. 6. S. 414.

Benians, T. H. C., The preservation of typhoid and paratyphoid bacilli in stools by emulsifying in glycerine. Lancet Nr. 4929.

Bingel, A., Über Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 284.

Birk, W., Schutzimpfung bei Varizellen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 7. S. 412.

Böhm, Hämatologische Studien bei Malaria. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 4 u. 5. S. 49.

Bruce, D., Fifth analysis of cases of tetanus treated in home military hospitals during part of December 1916, all January and February and part of March 1917. Lancet Nr. 4921.

Brünn, W., Erfahrungen bei Malaria. D. med. Woch. Nr. 11. S. 290.

Burrows, H., A case of splanchnic tetanus. Lancet Nr. 4922.

Chiari, R. v., Über die Beeinflussung des Verlaufes von Fleckfieber und Ruhr durch die Konstitution und Kondition des Individuums. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 212.

Comby, J., Les doses de sérum dans la diphtérie. Presse méd. Nr. 5. S. 46.

Cooper, N. A., Analysis of 102 consecutive cases of tetanus treated at Sir. J. J. Hospital, Bombay, from October 1915 to July 31st 1917. Lancet Nr. 4921.

Danysz, J., L'évolution des fièvres typhoïde et paratyphoïde et du choléra. Vaccination préventive et bactériothérapie. Presse méd. Nr. 4. S. 29.

Dehio, Beobachtungen über die Anstaltsruhr. Psych.-neur. Woch. Nr. 49 u. 50. S. 315; Nr. 51. S. 330.

Douglas, S. R., L. Colebrook and A. Fleming, A case of ratbite fever. Lancet Nr. 4929.

Dumitresco-Mante, L'intradermo-réaction au cours du typhus exanthématique, son importance pronostique. Presse méd. Nr. 6. S. 50.

Eugling, M., Leitsätze der Malariabehandlung. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 257.

Forschbach und G. Pysszkowski, Mischinfektionen mit Tropika und Tertiana. D. med. Woch. Nr. 9. S. 238.

Galambos, A., Zur Behandlung der Dysenterie. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 529.

Golla, F., An analysis of recent tetanus statistics. Lancet Nr. 4922.

Grundmann, Über chemotherapeutische Versuche und über die diagnostische Bedeutung der provokatorischen Typhusimpfstoffinjektionen bei Malaria tertiana. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. Nr. 4 u. 5. S. 55.

Hamburger, R., und F. Rosenthal, Beiträge zur Klinik der Paratyphus-B-Infektionen. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 415.

Heim, F., Le salvarsan peut-il remplacer l'émétine dans le traitement de la dysenterie amibienne? Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 9. S. 282.

Hochheim, Die Weilsche Krankheit. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 5. S. 119.

Kayer-Petersen, J., Zur Klinik der chronischen Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 207.

Kapsenberg, G., Over de besmettelijkheid van de meningitis cerebrospinalis epidemica in het algemeen en van den lijder in het bijzonder. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 669.

Koch, J., Die Beziehung des Rückfallfiebers zur Febris quintana. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 487.

Lambert, A. C., The treatment of amoebic dysentery with emetine and bismuth iodide. Brit. med. Journ. Nr. 2978. S. 116.

Lederer, F., Therapeutische Versuche und Erfahrungen bei Pertussis. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 66. H. 5 u. 6. S. 339.

Léenhardt et L. Tixier, Les injections systématiques intramusculaires de guinine dans le traitement du paludisme. Presse méd. Nr. 13. S. 119.

Macadam, W., Entamoeba histolytica infections: their prevalence amory British troops in India and Mesopotamia, with special reference to the question of clearing. Lancet Nr. 4923.

Mandoki, L., und W. Maule, Erfahrungen über die Behandlung Malariakranker nach Prof. *Cort.* Bemerkungen zur Frage der Neosalvarsanwirkung. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 178.

Mante, D., Injections intraveineuses d'arrhénal dans la fièvre récurrente. Presse méd. Nr. 17. S. 155.

Maret, E., Ein einfaches Mittel zur Bekämpfung schwerer Darmblutungen bei der Ruhr. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 242.

Massini, R., Einiges über die derzeitige Diphtherieepidemie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 9. S. 279.

Materna, A., Tropische Malaria unter der in Ostschlesien ansässigen Zivilbevölkerung. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 498.

Mayer, M., und P. Reinhard, Zwei Fälle von Kala-Azar (Leishmaniose) bei Deutschen (aus Nordafrika bzw. Kleinasien). D. med. Woch. Nr. 6. S. 150.

Memmo, G., Norme per la cura e profilassi chimiche della malaria nell' adulto. Rivista crit. di clin. med. Nr. 2.

Micheli, F., and G. Guarelli, Batterioterapia e eterobatterioterapia delle infezioni tifoidi. Rivista crit. di clin. med. Nr. 5.

Mondolfo, E., Due casi de difterite primaria della cute e dei genitali. Rivista crit. di clin. med. Nr. 3 u. 4.

Müller, E., Malariafragen. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 17. S. 257.

Muratet, A propos de quelques cas de typhus exanthématique. Notes pratiques. Presse méd. Nr. 8. S. 70.

Neuberger, H., und H. Attwenger, Zur Neosalvarsan-Therapie bei Malaria tertiana. Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 266.

Olsen, O., Serologische Untersuchungen bei zwei Fällen von Kala-Azar. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. H. 6. S. 81.

Papenstecker, A., Zur Frage des Wolhynischen Fiebers. D. med. Woch. H. 9. S. 235.

Peters, B. A., Acidosis as a possible cause of certain symptoms in diphtheria. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Ransom, F., A modern vieuw of tetanus. Lancet Nr. 4921.

Rost, Streptokokkenserum als Prophylaktikum gegen Erysipel. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 449.

Sachs-Mücke, Beitrag zur Ruhrimpfung mit Dysbacta Boehnke. Med. Klin. Nr. 13. S. 316.

Salaman, R. N., Notes on ten cases of tetanus. Lancet Nr. 4922.

Salambos, A., Zur Klinik der Dysenterie. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 381.

Saupe, E., Über Urobilinogenurie bei Malaria. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Nr. 2. S. 17.

Schelenz, C., Ruhrschutzimpfung mit Dysbacta Boehnke. Med. Klin. H. 7. S. 166.

Schittenhelm, Über die Behandlung der bazillären Ruhr mit besonderer Berücksichtigung der Serum- und Vakzinetherapie. Therap. Monatsh. H. 4. S. 122.

Schittenhelm, A., Über bazilläre Ruhr und ihre spezifische Behandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 472.

Schittenhelm, A., und H. Schlecht, Erfahrungen über die Malaria und ihre Behandlung. D. med. Woch. Nr. 12. S. 314.

Schlautmann, Zur Paulschen Pockendiagnose. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 7. S. 159.

Schoenbaum, S., Zur Diagnostik und Therapie der Trichinose. D. med. Woch. Nr. 11. S. 286.

Sergent, E., Etudes épidémiologiques et prophylactiques du paludisme. Treizième et quatorzième campagnes en Algérie en 1914 et 1915. Ann. de l'Inst. Pasteur Bd. 31. H. 6. S. 253.

Seyfarth, C., Praktische Ratschläge für die Behandlung der Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 457.

Sick, K., Gefäßerkrankungen bei Paratyphus. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 237.

Sprecher, E., Beiträge zur Klinik und Therapie der Malaria. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 326.

Steiner, F., Über gehäuft auftretende Kolibazillosen mit paratyphusartigem Krankheitsverlaufe. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 415.

Sterling-Okuniewski, St., Der Blutdruck im Verlaufe von Rückfallfieber. D. med. Woch. Nr. 9. S. 265.

Steuernagel, Ruhrschutzimpfung mit Dysbacta Boehnke. D. med. Woch. Nr. 12. S. 317.

Stransky, E., Über das gegenseitige Verhalten der Malaria tertiana und tropica. Med. Klin. Nr. 18. S. 131.

Strasburger, J., Zur Klinik der Weilschen Krankheit. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 108.
Streit, A., Beitrag zur Ruhrimmunität. Med. Klin. H. 9. S. 212.
Strisower, R., Experimentelle und klinische Beiträge zur Febris quintana. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 476.
Tièche, Ein weiterer Beitrag zur Differentialdiagnose von Variola und Varizellen mit Hilfe der kutanen Allergie. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 1. S. 14.
Ungermann, E., und K. W. Jötten, Ergebnisse und Beobachtungen bei der bakteriologisch-serologischen Ruhrdiagnose. Med. Klin. Nr. 15. S. 362.
Walterhöfer, Beiträge zur Klinik des Paratyphus A. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 5 u. 6. S. 375.
Wassermann, S., Beitrag zur Hämatologie der Pellagra. Wien. klin. Woch. H. 6. S. 160.
Weil, F., Aus der Praxis der Fleckfieberbekämpfung. Umschau Nr. 12. S. 133.
Werner, H., Die Beziehung des Rückfallfiebers zur Febris quintana. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 324.
Wilenko, G. G., Zur Diagnostik des Fleckfiebers. Med. Klin. Nr. 5. S. 111.
Wolff, E., Erfahrungen mit Ruhrserum. Allg. med. Zentralzeit. Nr. 7. S. 26; Nr. 8. S. 29; Nr. 9. S. 33.
Zappert, Neues über Keuchhusten. Umschau Nr. 18. S. 206.

3. *Tuberkulose.*

Altstaedt, S., Behandlung von Nieren- und Peritonealtuberkulose durch aktive Immunisierung nach *Deycke-Much.* Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 26. H. 6. S. 369. 1917.
Bacmeister, Adolf, Die Nomenklatur und Einleitung der Lungentuberkulose vom Standpunkte des Praktikers. D. med. Woch. Nr. 13. S. 340.
Bergmann, P., Om ärftlighet och disposition vid lungsot. Svensk. nationalför. m. Tuberk. Kvartalsskr. H. 1. S. 1.
Büttner-Wobst, Über den Gesundheitszustand ehemaliger Heilstättenpatienten. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 156; Nr. 10. S. 272.
Chiari, R. v., Über die Beziehungen der Tuberkulose zu Typhus und Ruhr. Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 90.
Curschmann, C. Th., Über die Verordnung von Morphium bei Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 1. S. 6.
Deycke, G., und E. Altstaedt, Die Behandlung der Lungentuberkulose mit isolierten Partialantigenen und mit dem Partialantigengemisch. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 379.
Dorp, D. van, De kindertuberculose en alcohol. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 5. S. 321.
Dove, E. L., Home desinfection in pulmonary tuberculosis. Brit. med. Journ. Nr. 2981.
Fischel, K., Über die Behandlung der Tuberkulose mit Partialantigenen nach *Deycke-Much.* Wien. klin. Woch. Nr. 10. S. 273; Nr. 12. S. 331.
Floer, H., Über die Behandlung der Lungentuberkulose durch Einatmen von Asphaltdämpfen. Med. Klin. Nr. 14. S. 344.
Frischbier, G., Ein weiterer Beitrag zu dem Thema „Lungenschüsse und Lungentuberkulose". Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 1. S. 28.
Sáli, G., Prognostischer und therapeutischer Wert der Kutanimpfungen mit Alttuberkulin und Partialantigenen nach *Deycke-Much.* D. med. Woch. Nr. 8. S. 208.
Gelpke, L., Nochmals zur Frage des Wesens und der Behandlung des tuberkulösen Aszites. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 2. S. 55.
Gioseffi, M., Mischinfektionen von Typhus und Malaria. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 295.
Goepel, R., Vierjährige Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel. D. med. Woch. Nr. 6. S. 148. — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 1.
Hamburger, F., Über geteilte Tuberkulininjektionen. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 388.
Ichok, G., Die Bedeutung der Gewichtsschwankungen bei der Ausheilung von Lungentuberkulose. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 6. S. 190.
Jeanselme, E., Sur la signification du „tubercule de *Carabelli*". Presse méd. Nr. 13. S. 116.
Kasteele, R. P. van de, De doelbewriste bestrijding der tuberculose als volksziekte, met de bestrijding der kindertuberculose als noodzakelijk uitgangspunt. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 4. S. 207.
Kasteele, R. P. van de, Frequentie, vormen, prognose en bestrijding der tuberculose bij kinderen beneden twee jaar. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 1. S. 7; H. 2. S. 91.
Kretz, R., Spitzentuberkulose und Thorax phthisicus. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 377.
Kruse, W., Die Friedmannsche Heil- und Schutzimpfung gegen Tuberkulose. D. med. Woch. Nr. 6. S. 147.
Kwasek und Tancré, Zur Tuberkulosebehandlung mit Partialantigenen nach *Deycke-Much.* D. med. Woch. Nr. 10. S. 269.
Lebon, H., Diminution de la transparence normale des sommets du poumon dans la tuberculose. Presse méd. Nr. 9. S. 78.
Levy, R., Beeinflussung der Körpertemperatur durch Quarzlicht bei Tuberkulösen. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 269.
Löwy, J., Einige Beiträge zur Symptomatologie der Malaria. Med. Klin. Nr. 12. S. 287.
Mantoux, Ch., et G. Maingot, Les images cavitaires dans la tuberculose pulmonaire. Presse méd. Nr. 14. S. 125.
Metzger, Über Bewegungstemperaturen bei Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 1. S. 31.
Moro, E., und A. Volkmar, Statistischer Bericht über 7000 Tuberkulinimpfungen. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 397.
Palmié, J., Ältere und neuere Erfahrungen über das Friedmannsche Tuberkulosemittel. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 402.
Parrisius, W., Was leistet die Bewegungstemperatur für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose? Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 1. S. 9.
Ribbert, Hugo, Über die Einteilung der Lungentuberkulose. D. med. Woch. Nr. 13. S. 337.
Saubourin, Ch., Traitement rationnel de la phtiesie. 5. Aufl. Paris. Masson et Cie., éd. 1 vol. in-8. 475 S. 5 frs.
Seemann, Die Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose. D. med. Woch. H. 9. S. 267.
Singer, G., Über das Neutralisationsphänomen bei aktiver und inaktiver Tuberkulose. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 3. S. 187.
Sorgo, J., Einfluß der Typhusimmunisierung auf die Lungentuberkulose. Med. Klin. Nr. 8. S. 184.
Stähelin, R., Die Röntgenuntersuchung der Lungentuberkulose. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 2. S. 34.
Strauch und Bingel, Zur Behandlung der Tuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel. D. med. Woch. Nr. 13. S. 342.

Thun, Die nach *Friedmann* behandelten Fälle von Lungen- und chirurgischer Tuberkulose 1913 bis 1918. Therap. Monatsh. H. 4. S. 126.

Wenckebach, K., Spitzentuberkulose und phthisischer Thorax. Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 379.

4. *Krankheiten des Respirationsapparates (exkl. Phthise).*

Adam, J., Notes on asthma. Brit. med. Journ. Nr. 2978. S. 113.

Altstaedt, E., Zur Nachbehandlung des Hämothorax. D. med. Woch. Nr. 16. S. 434.

Campbell, J., The treatment of septic haemothorax and empyema. Brit. med. Journ. Nr. 2978. S. 109.

Elias, S., Een methode ter passieve verbetering der ademhaling. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 5. S. 272.

Harms, Indikation und Prognose der Pneumothoraxtherapie. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 206.

Kraus, H., Über vielkämmerige Pleuraexsudate im Röntgenbilde. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 495.

Kummer, Zur Behandlung der Pneumonie mit Salizyl-Antipyrin. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 244.

Saufer, H., Behandlung der Pneumonie mit Salizyl und Antipyrin. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 161.

Leitner, Ph., Beiträge zur Therapie der serösen Pleuritiden tuberkulöser Natur. Wien. klin. Woch. Nr. 8. S. 216.

Neumann, W., Die Außerbettbehandlung der Lungenblutung. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 406.

Popper, H., Zur Methode der Lungenspitzenperkussion. D. med. Woch. Nr. 17. S. 466.

Rogge, H., Pneumothorax bei metapneumonischer kavernöser Lungeneiterung. D. med. Woch. Nr. 16. S. 433.

Scheltema, G., Beiderzijdsche pneumothorax. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 3. S. 164.

Sorgo, J., und H. Maendl, Über den Wert der Körperbewegung zur Diagnose von aktiven tuberkulösen Lungenaffektionen, insbesondere der Lungenspitzen. Med. Klin. H. 10. S. 229.

Stoney, R. A., The modern treatment of empyema by antiseptics. Brit. med. Journ. Nr. 2981.

5. *Krankheiten des Zirkulationsappartes.*

Becher, E., Über das Verhalten des Pulses im Malariaanfall. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 460.

Bonin, G. v., Über Pulsverlangsamung bei arteriovenösen Aneurysmen. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 289.

Dobrovolsky, N. A., An sujet des pseudoanévrismes. Presse méd. Nr. 8. S. 72.

Groedel, F. M., Vereinfachte Ausmessung des Herz-Orthodiagramms nach *Theo Groedel*. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 397.

Heß, L., Zur Kenntnis der Bradykardie. Wien. klin. Woch. Nr. 7. S. 182.

Hoffmann, A., Herz und Konstitution. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 2. S. 3.

Leven, G., Tachycardie orthostatique liée à la dilatation gastrique et supprimée par la gastropexie. Presse méd. Nr. 10. S. 91.

Lian, C., Les petits cardiaques (troubles cardiaques par séquelle myocardique légère toni-infectieuse). Presse méd. Nr. 2. S. 11.

Reinbold, P., La rupture valvulaire aortique par effort traumatique. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 4. S. 229.

Schlesinger, F., Ein Fall von reiner isolierter Aortenstenose nach Unfall. D. med. Woch. Nr. 17. S. 467.

Smith, S. Maynard, Pericardial knoch. Brit. med. Journ. Nr. 2977. S. 78.

Werdisheim, H. L., Das Parsche Symptom bei Zirkulationsstörungen. D. med. Woch. Nr. 8. S. 209.

Zondek, H., Eine Methode zur Messung der Herzgröße im Röntgenbild. Med. Klin. Nr. 12. S. 289.

6. *Krankheiten des Digestionsapparates (Bauchfell, Milz).*

Albu, A., Der Stand der Verdauungskrankheiten während der Kriegszeit. Münchn. med. Woch. H. 10. S. 261.

Alexander, A., Druckpunktsymptom bei Gastroptose. D. med. Woch. Nr. 16. S. 435.

Benecke, E., Askaridenkolitis unter dem Bilde akuter Appendizitis. Ther. d. Gegenw. H. 3. S. 89.

Bircher, E., Operative Heilung eines Karzinomes am Übergang des Ösophagus in die Kardia. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 15. S. 467.

Boas, J., Über die Bedeutung der Druckpunkte für die Diagnose der Verdauungskrankheiten. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 3. S. 61.

Bürger, M., Über Gärungsdyspepsie bei Soldaten und ihre Bedeutung für die bakteriologische Diagnose. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 318.

Calame, P., De la dysenterie amibienne et traitement d'un cas par les lavements de neosalvarsan. Revue méd. de la Suisse rom. H. 2. S. 125.

Chaoul, Die radiologische Untersuchung des Duodenums unter Verwendung einer neuen Lagerungsvorrichtung für Aufnahme und Durchleuchtung. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 426.

Curschmann, H., Koständerung und Sekretionsstörungen des Magens. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 342.

Davidsohn, H., Über das Vorhandensein von okkultem Blut im Stuhl bei Trichozephaliasis. D. med. Woch. Nr. 11. S. 294.

Decrop, M., Les formes larvées de la dysenterie amibienne. Presse méd. Nr. 14. S. 129.

Finsterer, H., Wann soll man bei akuten Blutungen aus Magen- und Duodenalgeschwüren operieren? Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 522.

Foges, A., Zur Konstatierung der inneren Hämorrhoiden. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 360.

Footner, G. R., and R. G. Archibald, A case of splenomegaly treated by splenectomy, with report on condition of the blood and spleen. Lancet Nr. 4925.

Forsell, G., Om Röntgendiagnostiken av förändringar i blindtarmens bihang. Förhandlingar H. 2. S. 5.

Frieberg, T., Om kanaliklarnas betydelse för tårmekanismen. Hygiea Bd. 80. H. 3. S. 127.

Graham, D., Some points in the diagnosis and treatment of dysentery occurring in the British Salonika Force. Lancet Nr. 4924.

Grube, Karl, Die interne Behandlung der chronischen Gallenblasenentzündung und des Gallensteinleidens. Med. Klin. Nr. 17. S. 413.

Haberer, H. v., Zur Frage des Ulcus pepticum jejuni. Wien. klin. Woch. Nr. 12. S. 321.

Hedrén, G., Dödande skador av bukorganen hos nyfödda, särskilt från rättsmedicinsk synpunkt. Svensk. läkaresällsk. handl. Bd. 44. H. 1. S. 1.

Konjetzny, G. E., Spontanheilung beim Karzinom, insbesondere beim Magenkarzinom. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 292.

Kubczak, J., Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Pneumatose des Magens und Darmes. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 267.

Latzel, R., Die Mikroorganismen des Magen-darmtraktes vom Standpunkt ihres klinischen Interesses. Med. Klin. Nr. 7. S. 164; Nr. 8. S. 191.

Morawitz, Echter und falscher sporadischer Skorbut. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 339.

Pfeiffer, Über akute typhöse Gastroenteritiden. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 7. S. 155.

Pisani, S., Il lavaggio del duodeno. Rivista crit. di clin. med. Nr. 2.

Pybus, F. C., Acute intestinal obstruction due to *Jackson's* membrane. Brit. med. Journ. Nr. 2983.

Rauert, Styrakol zur Behandlung von Diarrhöen und ruhrartigen Durchfällen. Med. Klin. Nr. 15. S. 374.

Romme, M., L'occlusion duodénale chronique artéro-mésentérique chez les ptosiques. Presse méd. Nr. 5. S. 45.

Schlesinger, E., Beobachtung eines doppelten Sanduhrmagens (trilokulärer Magen). Med. Klin. Nr. 16. S. 393.

Schütz, E., Verdauungskrankheiten im Kriege. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 408.

Singer, G., Zur radiologischen Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwürs. D. med. Woch. Nr. 17. S. 456.

Stekel, W., Der nervöse Magen. Wien. Wallishauser. Paul Knepler. 73 S.

Straube, Typhusschutzimpfungen und Blinddarmentzündung. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 4. S. 79.

Strauß, H., Über Proktostasis paradoxa. Jahresb. f. ärztl. Fortbild. H. 3. S. 3.

Thaler, J., Zur Diagnose der Darmblutungen. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 460.

Watson-Wemyss, H. L., and T. Bentham, Protozoological affections of the intestine: the treatment of the amoebic carrier. Lancet Nr. 4933.

Widmer, H., Über enteritische Erscheinungen bei der Serumkrankheit. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 51.

Willan, R. J., Note upon a helpful diagnostic sign in ruptured digestive ulcers. Brit. med. Journ. Nr. 2979.

Ziegler, K., Über die Behandlung der wurmartigen Darmparasiten des Menschen. Therap. Monatsh. H. 3. S. 73; H. 4. S. 113.

Zollschan J., Zum röntgenologischen Nachweis des Ulcus pepticum jejuni. D. med. Woch. Nr. 7. S. 177.

Zuntz, H., Über das Ulcus duodeni in der Kriegszeit. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 345.

7. *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren, der männlichen Genitalien (exkl. Lues).*

Aufrecht, Zur Pathologie und Therapie der diffusen Nephritiden. Berlin. August Hirschwald. 124 S. mit 15 Textfig. 5 Mk.

Berner, J. H., Ein mit Optochin behandelter Fall von Pneumokokken-Zystitis. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 406.

Cyriax, E. F., On certain forms of albuminuria and polyuria, their cause and cure. Lancet Nr. 4921.

Dam, N. J. van, Chylurie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 1007.

Fahr, Th., Über Nephrose. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 66.

Foerster, A., Ein Fall von Zystopyelitis, hervorgerufen durch Ruhrbazillen. Münchn. med. Woch. H. 8. S. 205.

Glingar, A., Zur Klinik und Endoskopie der artifiziellen Urethritis. Wien. klin. Woch. H. 11. S. 302.

Herxheimer, G., Über den jetzigen Stand unserer anatomischen Kenntnisse der Nephritis und Nephropathien. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 283.

Karo, W., Über die Beeinflussung infektiöser Erkrankungen der Harnorgane durch Eukupin-Terpentininjektionen bei interner Verabfolgung von Buccosperin. Ther. d. Gegenw. Nr. 4. S. 120.

Klemperer, G., Bemerkungen über Wanderniere. Ther. d. Gegenw. H. 2. S. 41.

Koster, S., Een geval van amoebiasis der urinewegen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 17. S. 1158.

Lyttkens, H., Blood pressure and lumbar pressure in 64 cases of disease of the kidneys. Nord. med. Ark. (innere Med.) Bd. 50. Nr. 3. S. 207.

Nash, W. Grifford, Two cases of abscess of testis due to bacillus coli. Brit. med. Journ. Nr. 2979.

Ries, Ein neues Stützmittel bei Enuresis nocturna der Erwachsenen. Münchn. med. Woch. H. 8. S. 212.

Ries, Zu dem Behandlungsvorschlag bei Enuresis nocturna. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 405.

Rothschild, A., Zur Ätiologie der gegenwärtig weitverbreiteten Enuresis und Pollakurie. D. med. Woch. H. 11. S. 292.

Schlager, K., Die Beurteilung der kranken Niere aus der Ausscheidungsform. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 4. S. 3.

Stepp, W, und Th. Petri, Kasuistischer Beitrag zur Klinik der Nephrosen. Med. Klin. Nr. 10. S. 234.

Stern, K., Harnverhaltung bei Prostatatrophie. Med. Klin. Nr. 13. S. 317.

Straßer, A., Diskussionsbemerkungen zur Debatte über die Behandlung der Kriegsnephritiden (Geh. Rat Prof. *His*). Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 2. S. 55.

Volkard, F., Über Wesen und Behandlung der Brightschen Nierenkrankheiten. D. med. Woch. Nr. 15. S. 393; Nr. 16. S. 428.

Weber, Zu dem Behandlungsvorschlag bei Enuresis nocturna. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 300.

8. *Krankheiten der Bewegungsorgane, Rheumatismus.*

Burger, H., Myositis nach Influenza. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 179.

Léri, A., La lombarthrie (rhumatisme lombaire chronique). Presse méd. Nr. 12. S. 105.

Maas, O., Zur Kenntnis des Verlaufes der Dystonia musculorum deformans. Neur. Zentralbl. Nr. 6. S. 199.

Müller, O., Über Rheumatismus. Med. Klin. Nr. 13. S. 307; Nr. 16. S. 383.

Munk, J., en C. Hovens Greve, Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 7. S. 486.

Radcliffe, F., Muscular rheumatism: its diagnosis and treatment by physical means. Lancet Nr. 4925.

Weisz, E., Die physikalische Behandlung des Gelenkrheumatismus im Lichte der Vakzinenlehre. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 4. S. 115.

9. *Krankheiten des Nervensystems.*

Abelsdorff, G., Akute retrobulbäre Sehnervenentzündung bei Myelitis mit Sektionsbefund. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 5 u. 6. S. 435.

Alexander, W., Beitrag zur Behandlung der hysterischen Taubheit. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 2. S. 52.

Berger, H., Ist die Pupillenstarre in jedem Falle gleichbedeutend mit einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems? Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 6. S. 137.

Bing, R., Ein neues Zeichen organisch bedingter Spastizität: der „paradoxe Fußgelenk-Reflex". Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 15. S. 465.

Bresler, *Ramón y Cajals* Untersuchungen über Nervenregeneration und die heutige Lehre hierüber. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 47 u. 48. S. 307.

Buschau, G., Ein eigenartiger Fall von Trophoneurose. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 209.

Büttner, A., Schwindelgefühl beim Fliegen. Umschau Nr. 12. S. 135.

Cassirer, R., Fünftagefieber und Neuritis der Cauda equina. D. med. Woch. Nr. 9. S. 233.

Curschmann, H., Über die otogene Auslösung des Tetanieanfalles. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 532.

Dölger, R., Beiträge zur Hysterie. Hysterische (funktionelle) Erkrankung des inneren Ohres beiderseits (Anästhesie bzw. Hypästhesie des N. cochlearis und vestibularis) neben allgemeiner Hysterie nach Granateinschlag und Verschüttung. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 431.

Driel, B. M. van, Eenige gevallen van aandoeningen van het centraal zenuwstelsel tengevolge van malaria tertiana. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 16. S. 1077.

Elander, G., Kasuistiskt bidrag till den reduplikativa paramnesiens ev. till dejà-vufenomenets klinik. Hygiea H. 4. S. 161.

Fankhauser, E., Über somatische Vorgänge bei den Affekten und ihren Zusammenhang mit der Hysterie, den traumatischen und anderen Neurosen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 6. S. 178.

Fischer, E., Überblick über topographisch-anatomische Unterlagen zur Höhendiagnostik und Segmentlehre des Rückenmarkes. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 446.

Flesch, J., Der Achillesreflex. Neur. Zentralbl. H. 7. S. 259.

Galland, M., Section complète du nerf cubital au bras et suppléance fonctionnelle. Presse méd. Nr. 5. S. 41.

Halipré, A., Test de guérison de la paralysie radiale. Signe des fléchisseurs. Revue neur. Bd. 24. H. 2 u. 3. S. 87.

Haller, Graf, Die Mechanik des Liquor cerebrospinalis. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 472.

Hauptmann, A., Isolierte Ödembildung bei Läsion eines peripheren Nerven. Neur. Zentralbl. Nr. 6. S. 197.

Heine, L., Über das Verhalten des Hirndruckes (Lumbaldruckes) bei Erkrankungen der äußeren Augenmuskeln. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 419.

Heinicke, W., Psychogene Bewegungsstörungen im rechten Oberarmschultergelenk im Anschluß an eine ausgeheilte rechtsseitige Serratuslähmung. Psych.-neur. Woch. 1918/19. Nr. 1. S. 1.

Hekman, J., Een geval van eenzijdige verlamming van den nervus phrenicus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 625.

Herzog, F., Sehnenreflexzeit und Muskeltonus, Reflexzeit des Babinskischen Zeichens, infolge von Lähmung peripherer Nerven gesteigerter Sehnenreflex. Neur. Zentralbl. H. 7. S. 225.

Hirschfeld, M., Zwei neue Fälle von Geschlechtsberichtigung. Neur. Zentralbl. H. 4. S. 138.

Hofvendahl, A., Några studier över de nasala „reflexneuroserna". Hygiea Bd. 80. H. 6. S. 321.

Hölzl, Über Vakzineurin, ein wertvolles Heilmittel für Neuralgien und Nervenentzündungen. D. med. Woch. Nr. 11. S. 291.

Jáffe, R., Über einen Kombinationsfall von otogener und epidemischer Meningitis. Med. Klin. Nr. 14. S. 345.

Kafka, V., Über den Wert der Lumbalpunktion, besonders in der kriegsneurologischen und psychiatrischen Praxis. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 5. S. 17.

Klien, H., Über kontinuierliche rhythmische Krämpfe bei Kleinhirnherden. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 374.

Koelichen, J., und B. Szerszyński, Über einen Fall von Läsion des Halsrückenmarks mit eigenartiger Sensibilitätsdissoziation. Neur. Zentralbl. H. 4. S. 134.

Kohlhaas, Die Bedeutung der zerebralen Luftembolie für die Erklärung der echten Epilepsie, der Eklampsie und des echten Schocks. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 233.

Kowarschik, J., Worauf beruht die schmerzstillende Wirkung des galvanischen Stromes bei Neuralgien? Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 468.

Krueger, H., Drei Beobachtungen einseitiger reflektorischer Pupillenstarre. Neur. Zentralbl. Nr. 8. S. 276.

Loeb, S., Ein Fall von Meningitis luetica. D. med. Woch. Nr. 13. S. 347.

Loewenthal, S., Über Dysbulie. Med. Klin. Nr. 14. S. 341.

Loewy, E., Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. *Anton Rodella:* „Über die reflexogene Zone des Kremasterreflexes" in dieser Zeitschrift, Bd. 47. S. 85. 1917. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 16. S. 507.

Marcuse, H., Zur psychologischen Unterscheidung nach Hysterie und Simulation. Med. Klin. Nr. 9. S. 207.

Mayer, W., Nicht luetisch bedingte reflektorische Pupillenstarre? Neur. Zentralbl. Nr. 8. S. 274.

Mendel, K., Kriegsbeobachtungen. Neur. Zentralbl. Nr. 8. S. 281.

Mirallié, Ch., et P. E. Weil, Le réflexe sympathique naso-facial dans la paralysie de la VIIe paire. Presse méd. Nr. 6. S. 49.

Moser, P., Zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie der Chorea minor. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 3. S. 209.

Muck, O., Hysterie und ihre Beziehung zur Ontogenie. Med. Klin. Nr. 17. S. 416.

Nägeli, Differentialdiagnostische Überlegungen aus dem Gebiete der inneren Medizin für die ärztliche Praxis, in besonderer Berücksichtigung der Neurosen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 6. S. 161.

Oppenheim, H., Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen. Berlin. S. Karger. 59 S. 2 Mk. 50 Pf.

Popper, E., Einige Erfahrungen über die Untersuchung peripherischer Nervenläsionen mit sogenannten „nahen Elektroden". Med. Klin. Nr. 11. S. 265.

Přibram, H., Über Enzephalitis. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 160.

Quaet-Faslem, Die allgemeine nervöse Erschöpfung. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 52. S. 337.

Raether, M., Über die Heilung von funktionellen psychischen Störungen nach der sog. *Kaufmann*-Methode. Neur. Zentralbl. Nr. 5. S. 162.

Richter, A., Die Erfahrungen über Behandlung der Kriegsneurosen, angewendet auf die Unfallneurosen des Friedens. Wien. med. Woch. Nr. 14. S. 597.

Rolleston, H. D., Cases of cerebro-spinal fever in the Royal navy. August 1st 1916—July 31st 1917. Lancet Nr. 4925.

Schupfer, F., Sopra un caso di paralisi periferica del facciale e dell' acustico di sinistra con emiplegia omolaterale. Rivista crit. di clin. med. Nr. 1 u. 2.

Sicard, J. A., Painful neuritis resulting from wounds of war: treatment by intertruncular alcoholisation of the nerves. Lancet Nr. 4928.

Sicard, J. A., Névrodocites et funiculites vertébrales. Presse méd. Nr. 2. S. 9.

Simmel, E., Kriegsneurosen und „Psychisches Trauma". Leipzig. Otto Nemnich. 84 S.

Simons, A., Zur Übertragbarkeit der multiplen Sklerose. Neur. Zentralbl. Nr. 4. S. 129.

Söderbergh, G., Über die normalen Bauchreflexe und ihre medulläre Lokalisation. Nord. med. Ark. (innere Med.) Bd. 50. Nr. 3. S. 187. — Neur. Zentralbl. H. 7. S. 234.

Steinberg, W., und G. Voß, Hysterische Kieferklemme mit Schnauzkrampf. Heilung durch suggestive Faradisation. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 458.

Symns, J. L. M., A method of estimating the vibratory sensation with some notes on its application in diseases of the peripheral and central nervous system. Lancet Nr. 4928.

Veraguth, O., Über die Rückenreflexe des Menschen. Neur. Zentralbl. H. 7. S. 250.

Weiner, K., Über Chorea senilis. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 23.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Over eenige gevallen van spastische toestanden bij kinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 12. S. 840.

Williamson, R. T., The vibrating sensation in the differential diagnosis of the spinal cord and peripheral nerves. Lancet Nr. 4928.

Wolf, W., Die epidemische Kinderlähmung. Wien. klin. Woch. Nr. 9 u. 10. S. 51.

Ziegner, H., Klinische Beiträge zur Frage der Meningitis serosa externa bei Schädelverletzungen durch Kriegswaffen. Med. Klin. Nr. 7. S. 162.

10. *Krankheiten des Blutes.*

Engel, C. S., Weist basophile Punktierung in den roten Blutkörperchen auf Malaria hin? Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 404.

Heß, L., und H. Müller, Über Anämien. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 293.

Klinger, R., Studien über Hämophilie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 5 u. 6. S. 335.

Korteweg, R., Een geval van akute lymphatische leukaemie. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 3. S. 154.

Lubliner, R., Ein Fall von atypischer chronischer myeloischer Leukämie mit zahlreichen Hauteruptionen und Übergang in Mikromyeloblastenleukämie. Folia haem. Bd. 22. H. 3. S. 15.

Rombach, K. A., Polycythaemia rubra (erythraemie) en hartgebrek. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 17. S. 1144.

Sachs, E., Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Blutkrankheiten (Leukämie und perniziöser Anämie). Med. Klin. Nr. 11. S. 257.

Schöne, Chr., Über Beziehungen zwischen Splenomegalie und Leukopenie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4—6. S. 441.

Weinberg, F., Karzinom und perniziöse Anämie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 85. H. 5 u. 6. S. 392.

11. *Krankheiten des Stoffwechsels.*

Capezzuoli, C., Considerazioni sul ricambio materiale del morbo di *Flajani-Basedow*, specialmente in rapporto colla cura chirurgica e sull' opportunità dell' intervento. Rivista crit. di clin. med. Nr. 48 u. 49.

Hilfrich, Beiträge zur Fermozyltherapie bei Diabetes. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 14. S. 209.

Klemperer, G., Kriegslehren für die Ernährung der Diabetiker. Ther. d. Gegenw. Nr. 3. S. 81.

Rindfleisch, W., Über Bronzediabetes mit Hämoglobinurie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 1—3. S. 188.

Wiener, H., Purinstoffwechsel und Pathogenese der Gicht. Jahresb. f. ärztl. Fortbild. H. 3. S. 16.

Williamson, R. T., The etiology of diabetes mellitus and the diet and conditions of life during the war. Brit. med. Journ. Nr. 2970.

Wijnhausen, O. J., en M. Elzas, Diabetes innocens. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 7. S. 474.

9. Chirurgie.

1. *Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, Operations- und Verbandlehre. (Tetanus, siehe Infektionskrankheiten 8. 2.)*

Báron, A., Über Verkürzung der mehrgelenkigen Muskeln. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 3. S. 361.

Báron, A., und W. Scheiber, Über die direkte Nervenvereinigung bei großen Nervendefekten. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 446.

Bier, A., Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. D. med. Woch. Nr. 11. S. 281.

Bohm, Ein weiteres Beispiel für den gegenseitigen Ersatz der Gewebe der Bindegewebsreihe unter pathologischen Verhältnissen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 281.

Bonhoff, F., Lagekorrektur von schlecht geheilten Knochenbrüchen durch Osteotomie im Gesunden. Zentralbl. f. Chir. Nr. 14. S. 231.

Bonsfield, P., A method of skin grafting under septic conditions. Brit. med. Journ. Nr. 2974.

Breslauer, F., Die intravenöse Methode der lokalen Behandlung entzündlicher Prozesse. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. S. 277.

Bundschuh, E., Über die Erfrierungen 3. Grades der Finger, Zehen, Hände und Füße. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 155.

Burckas, R., Ein eigenartiger Fall von Verbrennung. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 327.

Burrows, H., Paralysis following arterial injuries. Brit. med. Journ. Nr. 2981.

Chalier, A. et J., La gangrène gazeuse. Paris. Librairie Félix Alcan. 1 vol. in-8°. 388 S., 52 Fig. 8 frs.

Crisp English, T., and R. E. Kelly, Notes on surgery at Salonika. Brit. med. Journ. Nr. 2985.

Delmas, P., Rachianalgésie générale par cocaïnisation lombo-sacrée. Presse méd. Nr. 15. S. 137.

Dobbertin, Universalfingerverband, Tendolysis, Operation des Wasserbruchs, das Chlorverfahren bei geschlossenen Eiterungen und Erysipel. D. med. Woch. Nr. 12. S. 322.

Dumont, Ein Lokalanästhetikum von ungewöhnlicher Wirkungsdauer. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 14. S. 435.

Dunne, J. S., Notes on surgical work in a general hospital. With special reference to the *Carrel Dakin* method of treatment. Brit. med. Journ. Nr. 2984.

Duvergey, J., Reconstitution des gaines synoviales par les greffes de veine saphène interne. Presse méd. Nr. 2. S. 14.

Ehrlich, Die unblutige Behandlung alter Knochenfisteln nach Schußverletzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 481.

Fibich, R., Beobachtungen über Blutdruck, Puls und Temperatur bei traumatischen Aneurysmen (Aneurysmendrucksyndrom). Wien. klin. Woch. H. 6. S. 158.

Fiolle, J., et J. Delmas, Découverte des vaisseaux profonds par voie d'accès large. Paris. Masson et Cie., éd. 1 vol. de 200 pages. 5 frs.

Fründ, H., Primäre Wundnaht bei Schußverletzungen. D. med. Woch. Nr. 7. S. 179.

Galli-Valerio, B., Sur la présence d'un bacille du phlegmon gazeux sur une capote militaire. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 14. S. 433.

Geiger, J., Halbfeuchte Verbände mit Moronal. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 208.

Gondos, N., Zur Höllensteinbehandlung des Erysipels nach *Gaugele*. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 432.

Grashey, Über Steckschußbehandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 258.

Gwathmey, J. T., and H. T. Karsner, General analgesia by oral administration. Brit. med. Journ. Nr. 2983.

Haberer, H. v., Diagnose und Behandlung der Gefäßverletzungen. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 363; Nr. 15. S. 405.

Haycraft, J. B., On the treatment of gunshot wounds with a solution of soap and wather and primary suture. Brit. med. Journ. Nr. 2977. S. 80.

Hédon, E., Note complémentaire sur la transfusion du sang citraté. Presse méd. Nr. 7. S. 57.

Herzberg, E., Fortschritte der Extensionsbehandlung in der Kriegschirurgie. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 120.

Hoeßly, H., Mitteilungen aus der orthopädischen Anstalt Balgrist (Zürich). Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 10. S. 305.

Hoffmann, P., Über die Beeinflussung der Sehnenreflexe durch die willkürliche Kontraktion. Med. Klin. H. 9. S. 203.

Jeanbrau, E., Technique simple de transfusion du sang stabilisé par le citrate de soude. Presse méd. Nr. 7. S. 58.

Johnston, W. H., and J. Scouler Buchanan, A method of splinting gunshot fractures. Lancet Nr. 4926.

Joy, N. H., A note on skin grafting. Brit. med. Journ. Nr. 2974.

Kantorowicz, Zur Klinik der dentalen Aktinomykose. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 2. S. 39.

Kapelusch, A., und O. Stracker, Behandlung großer Knochenhöhlen nach Sequestrotomie mit Paraffin. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 402.

Katzenstein, M., Die Heilung der nach Schußverletzung zurückbleibenden, schwer heilbaren Hautgeschwüre und Knochenfisteln durch Deckung mit immunisierter Haut. D. med. Woch. Nr. 14. S. 372.

Keith, A., Lectures on the anatomical and physiological principles underlying the treatment of injuries to muscles, bones and joints. V. The bearing of *Marshall Hall's* discoveries on orthopaedic practice. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Keith, A., Lectures on the anatomical and physiological principles underlying the treatment of injuries to muscles, bones and joints. IV. The introduction of tenotomy. Brit. med. Journ. Nr. 2974.

Keith, A., Hunterian lecture on the introduction of the modern practice of bone grafting. Lancet Nr. 4928.

Knox, R., The localization and removal of foreign bodies by the combined method of radioscopy and operation, with suggestions for the standardisation of methods. Lancet Nr. 4925.

Köhler, A., Zur röntgenologischen Differenzierung intra- oder extrabulbär sitzender Geschoßsplitter. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 399.

Krabbel, M., Zur Frage des Blutersatzes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 18. S. 305.

Kreglinger, Ein neues Verfahren zur Behandlung infizierter Weichteilwunden. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 325.

Kühn, E., Heilung einer schweren Streptokokkensepsis durch Serum-Methylenblau-Behandlung. Med. Klin. Nr. 14. S. 343.

Kühns, H., Über Gefäßverletzungen bei Lokalanästhesie im Gebiete der Mundhöhle. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 3. S. 65.

Langley, J. N., On the separate suture of nerves in nerve trunks. Brit. med. Journ. Nr. 2976.

Langley, J. N., The effect of intermittent stretching on muscles and nerves after nerve severance. Brit. med. Journ. Nr. 2979.

Linnartz, M., Eine Methode zur Entspannung des zentralen Sehnenstumpfes bei der Sehnennaht. Med. Klin. H. 6. S. 139.

Luzoir, J., A propos du traitement de la maladie de *Volkmann*. Presse méd. Nr. 7. S. 62.

Mac Intyre, J., Infected fractures: two cases treated by *Lane's* plates and *Carrel* dressing. Brit. med. Journ. Nr. 2984.

Magnus, G., Weitere Untersuchungen über Verbrennungen durch das Geschoß. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 265.

Matti, H., Ersatz des gerissenen vorderen Kreuzbandes durch extraartikuläre freie Faszientransplantation. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 451.

Mayo-Robsen, A. W., Some surgical developments in wound treatment during the war. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Mc Cann, F., Suggestions for the prevention of post-operative thrombosis and embolism. Brit. med. Journ. Nr. 2984.

Mc Cartney, G. E., and F. H. H. Mewburn, The technique of the *Carrel-Dakin* treatment. Brit. med. Journ. Nr. 2980.

Melchior, E., Zur Lehre von der ruhenden Infektion mit besonderer Berücksichtigung der Kriegschirurgie. v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 743/44. S. 457.

Munroe, A. R., M. D. Mc Gill, A. G. Fleming and R. M. Janes, Wound flora in relation to secondary suture. Brit. med. Journ. Nr. 2980.

Nigst, P. F., Über die putriden Phlegmonen (Gasphlegmonen) des Krieges. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 14. S. 438; Nr. 15. S. 479; Nr. 16. S. 508.

Norton, W. A., Report on two successfully operated cases of meningocele. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 169.

Oehlecker, F., Erfahrungen über die Stumpfbildung des Augapfels durch Einpflanzung lebenden Knochens. Zentralbl. f. Chir. Nr. 16. S. 263.

Oidtmann, A., Drinken na de narcose. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 716.

Oppenheim, M., Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 446.

Pfanner, W., Zur Kenntnis und Behandlung des nekrotisierenden Erysipels. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 108.

Pearson, W., Clinical observations on the effects of flavine in wound treatment. Lancet Nr. 4932.

Poulard, A., Stérilisation des gants de chirurgie. Presse méd. Nr. 10. Suppl. S. 115.

Powiton, W., Über bedrohlich-embolische Zustände nach ausgedehnten Knochenschußfrakturen. D. med. Woch. Nr. 12. S. 320.

Redwitz, E. v., Wandlungen in der Kriegschirurgie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 6. S. 148.

Reichenstein, G., Über therapeutische Erfolge mit Milchinjektionen bei lokalen Entzündungsprozessen. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 300.

Richter, E., Kalipermanganbehandlung der Gasphlegmone. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. S. 282.

Rowley-Bristow, W., A note on muscle nerve testing during operation. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Roedelius, E., Zur Bakteriologie des Steckschusses, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der latenten Infektion. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 3. S. 338.

Sahler, J., Über die Behandlung von chirurgischer Tuberkulose mit Tuberkelbazillenvakzine (Tebecin Dostal). Wien. klin. Woch. Nr. 14. S. 385.

Sattler, Die Karbolimprägnierung frischer Schußwunden. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 152.
Schepelmann, E., Über die Plombierung von Knochenhöhlen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 250.
Schepelmann, E., Die wirtschaftliche Bedeutung der operativen Knochenverlängerung und Gelenkmobilisation. D. med. Woch. Nr. 14. S. 375.
Schmerz, H., Zur konservativen Behandlung elephantiastischer und verwandter Zustände. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 210.
Schulz, O. E., Zur Behandlung von nervengelähmten Gliedmaßenmuskeln nach Schußverletzungen. Med. Klin. Nr. 6. S. 140.
Shenton, E. W. H., X ray localisation. Lancet Nr. 4923.
Sigwart, W., Die Ätherbehandlung der Peritomed. Woch. Nr. 3. S. 126; Nr. 4. S. 182.
Spitzy, H., Chirurgische Nachbehandlung. Wien. med. Woch. H. 3. S. 126; H. 4. S. 182.
Stemmler, W., Die Differentialdiagnose des Gasbrandes. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 145.
Stolze, Beitrag zur Behandlung von Geschwüren nach Schußverletzungen und von Fußgeschwüren. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 181.
Taylor, J., and A. G. McLeod, The operative correction of deformity in gunshot fractures. Lancet Nr. 4933.
Thies, A., Zur Diagnose der Gasphlegmone. D. med. Woch. Nr. 15. S. 399.
Thies, A., Über zwei Hauptformen der Gasinfektion. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 157.
Tilley, H., A consideration of the treatment of foreign bodies in the lower air-passages and the oesophagus: a plea for endoscopy, or direct method. Lancet Nr. 4930.
Vogt, E., Über die Metastasenbildung bei Gasinfektion. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 203.
Waldenström, H., Kirurgiska sektionens förhandlingar 1916—1917. Hygiea H. 5. S. 241.
Weber, H., On the influence of muscular exercise on longevity. Brit. med. Journ. Nr. 2982.
Wederhake, Über die Behandlung der Krampfadern. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 3. S. 67.
Weinberg, F., Die Diagnose und Differentialdiagnose der Lymphdrüsenerkrankungen. Med. Klin. Nr. 17. S. 410.
Wieting, Über Wundliegen, Drucknekrose und Entlastung. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 311.
Wilms, M., Verhinderung des Nervenschmerzes nach Amputationen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 13. S. 213.
Wilson, A. S., A simple apparatus for nitrous oxide-oxygen anaesthesia. Brit. med. Journ. Nr. 2977. S. 78.
Witt, J., Die primäre Wundbehandlung mit Exzision und Pyoctanin coeruleum Merck. Med. Klin. Nr. 9. S. 213.

2. *Kopf und Hals.*

Bernhard, O., Kurze Mitteilungen zur Ätiologie und Prophylaxis des Kropfes. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 3. S. 65.
Bresler, J., Schädel- und Gehirnverletzungen. Psych.-neur. Woch. 1917/18. H. 45 u. 46. S. 293; H. 47 u. 48. S. 308; H. 49 u. 50. S. 319.
Cole, P. P., Treatment of wounds involving the mucus membrane of the mouth and nose. Lancet Nr. 4923.
Constantini et Vigot, Traitement des blessures des gros vaisseaux du cou et de leurs branches. Presse méd. Nr. 6. S. 51.
Cushing, H., Notes on penetrating wounds of the brain. Brit. med. Journ. Nr. 2982.
Fowelin und Idelson, Gehirnaneurysma nach Schußverletzung geheilt durch Ligatur der Art. carotis communis. D. med. Woch. Nr. 13. S. 345.
Fur, R. Le, Technique opératoire et résultats de la cranioplastie osseuse (méthode de dédoublement de la paroi cranienne et procédé de la charnière). Presse méd. Nr. 17. S. 153.
Goetze, Eine seltene Gesichtsschußverletzung. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 210.
Haim, E., Über Spätabszesse bei Kopfverletzungen nach Deckung. Med. Klin. Nr. 9. S. 206.
Haim, E., Zur Frage der Spätfolgen der Schädelverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 109. H 3. S. 398.
Hughes, D. M., Laminectomy for gunshot wound. With a record of three successful cases. Brit. med. Journ. Nr. 2984.
Johnston, H. M., The value of skiagraphy in the surgery of facial injuries. Lancet Nr. 4923.
Joseph, J., Ungewöhnlich große Gesichtsplastik. D. med. Woch. Nr. 17. S. 465.
Klapp, R., Über die Verwendung doppelhäutiger Stiellappen zu Gesichtsplastiken. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 1. S. 139.
Köhler, E. v., Gesichtsplastiken nach Schußverletzung. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 3. S. 313.
Küttner, H., Über chmerzlosen intermittierenden Tumor salivalis der Ohrspeicheldrüse ohne nachweisbares Hindernis. D. med. Woch. Nr. 11. S. 284.
Lebedensky, J., et M. Virengue, Prothèse de chirurgie cranio-maxillo-faciale. Paris. J. J. Baillière, éd. 1 vol. gr. in-8. 25 frs.
Lommel, Über die Resultate der Strumektomie nach *de Quervain*. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 9. S. 273.
Martin, R., Beitrag zur komplizierten Verletzung der Speiseröhre durch Fremdkörper mit besonderer Berücksichtigung der tödlichen Fälle. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 1 u. 2. S. 81.
Moses, H., Der primäre Wundverschluß der Kopfschüsse nach *Bárány*. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 3. S. 420.
Moutier, F., Hypertension et mort par oedème pulmonaire aigu chez les blessés cranio-encéphaliques. Presse méd. Nr. 12. S. 108.
Noordenbos, W., Twee gevallen van primaire acute osteomyelitis van het schedeldak. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 656.
Pleschner, H. G., Fremdkörperextraktion aus der Pleurahöhle. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 323.
Pulvermacher, D., Über Mastitis und Strumitis climacterica. Med. Klin. Nr. 11. S. 264.
Ranzi, E., Zur Ligatur der Arteria carotis. Wien. klin. Woch. Nr. 13. S. 349.
Rayner, H. H., and A. E. Barclay, Note on the extraction of a foreign body from the brain. Brit. med. Journ. Nr. 2982.
Reitsch und Röper, Schußverletzung des unteren Halsmarkes, günstiger Operationserfolg. Einseitige, willkürliche Pupillenerweiterung. Neur. Zentralbl. H. 3. S. 98.
Richter, E., Einiges Neue zur Gehirnschußbehandlung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 16. S. 261.
Rychlik, E., Karbol-Kampfer in der Therapie der Gehirnschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 154.
Schläpfer, K., Zum Verschlusse großer traumatischer Gaumendefekte. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 3. S. 295.
Stanischew, A., Zur Chirurgie der Schädelschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 480.
Stolz, Über die Unterbindung der Vena jugularis interna. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 13. S. 415.

Trotter, W., Suggestions towards a systematic operative treatment of gunshot wounds of the mandible. Brit. med. Journ. Nr. 2976.

Veit, K. E., Beitrag zur Behandlung von Gehirnverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 3. S. 431.

Velter, E., Note sur l'hémostase par lambeau de muscle en chirurgie cranienne. Presse méd. Nr. 4. S. 31.

Wagner, A., Besserung kortikaler Spasmen durch Enzephalolyse. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 99.

Wagner, A., Heilung einer Ventrikelzyste durch freie homoplastische Fettfüllung. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 83.

Wilms, Zur Technik der Kropfoperation an Hand von 2100 Operationen. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 314.

Ziegner, H., Zur Kasuistik der traumatischen Kleinhirnabszesse. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 157.

3. *Wirbelsäule.*

Glaser, F., Beitrag zur Lehre der traumatischen Spondylitis. Med. Klin. Nr. 15. S. 360.

Kankeleit, O., Über die Deutung von streifenförmigen Schatten neben der Brustwirbelsäule im Röntgenbild. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 424.

Mayo-Robson, A. W., The treatment of paraplegia from gunshot or other injuries of the spinal cord. Brit. med. Journ. Nr. 2974.

Schlesinger, H., Über die akute eitrige Osteomyelitis vertebrarum mit multiplen Wurzelläsionen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 393.

4. *Brust, Bauch und Becken.*

Arnd, C., Beitrag zur Therapie der Blasen-Mastdarmfisteln. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 1. S. 150.

Bausch, W., Die Endresultate der Gastroenterostomie beim Magengeschwür. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 168.

Becher, E., Zur Kasuistik der Herzsteckschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 429.

Boenheim, F., Über Anomalien im ventralen Rumpfverschluß als Ursache der Hernia epigastrica. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 322.

Clairmont, P., Über die Mobilisierung des Duodenums von links her. Zentralbl. f. Chir. Nr. 14. S. 234.

Dobson, J. F., A preliminary note on the treatment of infected haemothorax. Brit. med. Journ. Nr. 2979.

Erkes, F., Bemerkung zu meiner Mitteilung: „Zur Chirurgie der Bauchschüsse" im Zentralbl. f. Chir. 1918. Nr. 6. Zentralbl. f. Chir. Nr. 18. S. 306.

Erkes, F., Zur Chirurgie der Bauchschüsse. Zentralbl. f. Chir. H. 6. S. 85.

Eunicke, W. K., Zur Frage der Ösophagotomie. Med. Klin. Nr. 10. S. 235.

Eunike, K. W., Erfahrungen über Hernien im Kriege. D. med. Woch. Nr. 12. S. 321.

Freund, A. W., Die Erfolge der Freundschen Operation beim Lungenemphysem. D. med. Woch. Nr. 9. S. 225.

Grad, H., Retroperitoneal hernia in the duodenojejunal fossa. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 4. S. 102.

Haberer, H. v., Ulcus duodeni und postoperatives peptisches Jejunalgeschwür. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 3. S. 413.

Hartley, H., Five intestinal operations on the same patient. Brit. med. Journ. Nr. 2984.

Helm, F., Die Röntgendiagnostik perigastritischer Adhäsionen. Med. Klin. Nr. 14. S. 337; Nr. 15. S. 370; Nr. 16. S. 390.

Heß, O., Über Schußverletzung des Zwerchfells und chronische Zwerchfellhernien. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. H. 3. S. 346.

Holmgren, J., On the treatment of tuberculous empyema. Nord. med. Ark. (innere Med.) Bd. 50. Nr. 3. S. 292.

Horwitz, A., Die Dauerresultate nach Gastroenterostomie bei Ulcus duodeni und der Wert der Pylorusausschaltung auf Grund der in den Jahren 1907 bis 1913 beobachteten Fälle. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 3. S. 567.

Hüffell, A., Eine merkwürdige Darmverletzung. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 270.

Hutchinson, W., Treatment of wounds of the chest, with special reference to infected haemothorax. Brit. med. Journ. Nr. 2981.

Imhofer, R., Über Verlegungen und Verletzungen der Speiseröhre durch Speisebissen. (Würzb. Abhandlung.). Würzburg. Curt Kabitzsch. S. 169—193. 1 Mk.

Johansson, S., Ein Fall von Splenektomie bei Anaemia pseudoleucaemica infantum (*Jaksch-Hayem*). Zentralbl. f. Chir. Nr. 13. S. 217.

Kotzareff, A., La hernie crurale est plus fréquente à droite qu'à gauche chez la femme. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 3. S. 188.

Krische, F., Gasabszeß im kleinen Becken. D. med. Woch. Nr. 9. S. 242.

Laméris, H. J., Cholelithiasis en maagsecretie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 718.

Laméris, H. J., Recidief na galsteenoperatie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 721.

Laqueur, A., und V. Lasser-Ritscher, Über die Behandlung der tuberkulösen Peritonitis mit der „künstlichen" Höhensonne. Med. Klin. Nr. 12. S. 291.

Lier, E. H. van, Over gastro-enterostomie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 8. S. 555.

Loewy, O., Über die Zerreißung einzelner Fasern des Musculus rectus abdominis sinister. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 378.

Mackenzie, H. W. G., and W. H. Battle, Some remarks on intussusception. Lancet Nr. 4928.

Noordenbos, W., Uitgebreide gevallen van volvulus van den dunnen darm. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 653.

Oidtmann, A., Het ontbreken van het colon ascendens. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 711.

Peter, G. H. J., Fistula ani. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 352.

Pfeilsticker, Beitrag zur Achsendrehung des Mesenteriums. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 14. S. 123.

Rayner, H. H., Reduction en masse of a strangulated direct inguinal hernia. Brit. med. Journ. Nr. 2983.

Reeth, P. van, J. Voncken et M. Stassen, Hernie pulmonaire étranglée. Arch. méd. belges Bd. 70. H. 12. S. 1142.

Reisinger, Über intrakranielle, aber extrazerebrale Pneumatozele nach Schußverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 1. S. 129.

Ritter, C., Zur Technik des Verschlusses alter Empyemfisteln. Zentralbl. f. Chir. Nr. 11. S. 166.

Schoen, H., Abgehen eines retroperitonealen Steckschusses auf natürlichem Wege. D. med. Woch. Nr. 9. S. 268.

Stocker, S., Zur chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 9. S. 293.

Tromp, Fr., Ausgebreitetes Hautemphysem nach Mastdarmoperation. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 460.

Wilms, Dauerspasmus an Pylorus, Kardia, Sphinkter der Blase und des Mastdarmes. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 67.

Wilms, Die Rammstedtsche Operation beim hypertrophischen Pylorospasmus (Dauerpylorospasmus) der Säuglinge. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 1 u. 2. S. 63.

Winiwarter, A. v., Ein Fall von Perforationsperitonitis nach Tierkohlebehandlung. Wien. klin. Woch. Nr. 11. S. 298.

Zorn, L., Zur Operation der Hernia obturatoria incarcerata. Zentralbl. f. Chir. Nr. 11. S. 168.

5. *Harn- und männliche Geschlechtsorgane.*

Lichtenstern, R., Einseitige Pyonephrose nach Schußverletzung der Blase. Wien. med. Woch. Nr. 16. S. 694.

Lohnstein, H., Beitrag zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Fremdkörper der Blase nach Kriegsverletzungen. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 280.

Mehliß, Prostatahypertrophie und ihre Behandlung. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 483.

Rothschild, A., Kongenitale Blasendivertikel. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 3. S. 656.

6. *Extremitäten.*

Assen Jr., J. van, Bijdrage tot de kennis van traumatische aandoeningen van het bewegingsapparaat. Inaug.-Diss. Amsterdam, Febr. De Erven J. J. Tijl, Zwolle. 266 S. mit vielen Abb.

Babitzki, P., Ein neuer Weg zum Plexus brachialis zwecks Anästhesierung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 13. S. 215.

Báron, A., Über die plastische Verlängerung der Sehne des M. biceps brachii. Zentralbl. f. Chir. Nr. 12. S. 194.

Bérard, L., De la greffe osseuse dans le traitement des pertes de substance du tibia par traumatisme de guerre. Presse méd. Nr. 13. S. 113.

Böhler, L., Anatomische und klinische Studien über die Notwendigkeit und den Wert frühzeitiger aktiver Bewegungen bei Verletzungen der Gliedmaßen. Zentralbl. f. Chir. H. 6. S. 81.

Böhler, L., Kniegelenksteckschuß mit Fraktur des Oberschenkels in vier Wochen mit guter Funktion geheilt. Zugleich ein Beitrag zur Spezialisierung der Frakturenbehandlung. Med. Klin. Nr. 9. S. 211.

Boisseau, J., et M. d'Oelsnitz, Comment et dans quelle mesure nous voyons guérir les mains figées et les pieds bots varus de guerre. Presse méd. Nr. 15. S. 133.

Brand, B., Over coxa valga. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 661.

Brix, Gritti bei Gasödemerkrankung. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 265.

Burkard, O., Über die Grenzen der Erhaltung in der Extremitätenchirurgie. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 325.

Cramer, Über Endresultate von 200 Extremitätenamputationen. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 234.

Dixon, R. Garside, Knee-point wounds at a casualty clearing station. Lancet Nr. 4933.

Eden, R., Zur Operation der habituellen Schulterluxation unter Mitteilung eines neuen Verfahrens bei Abriß am inneren Pfannenrande. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 269.

Gaugele, Die Verschiebung des Fersenbeinstückes beim Pirogoffstumpf. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 158.

Groß, W., Ersatz beider Fingerbeugesehnen durch Heteroplastik. D. med. Woch. Nr. 14. S. 374.

Gutzeit, R., Die Berechtigung zur Resektion des kindlichen Handgelenks wegen schwerer Tuberkulose. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 266.

Hilgenreiner, H., Beitrag zur malleolären Extensions- und Flexionsfraktur. Med. Klin. Nr. 13. S. 310.

Kaspar, F., Zur Behandlung der hohen Oberschenkelfrakturschüsse. Wien. med. Woch. Nr. 4. S. 172; Nr. 5. S. 224.

Kreglinger, Zur Klinik der Kniegelenkschüsse. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 150.

Lane, A., On the relative advantages and disadvantages of a stiff leg. Lancet Nr. 4930.

Leriche, R., De la résection sous-capsulo-périostée primitive dans les fractures articulaires par pénétration de projectiles d'artillerie. Presse méd. Nr. 10. S. 85.

Leusden, P., Zum Nachweis von Ergüssen im Kniegelenk. D. med. Woch. Nr. 14. S. 371.

v. Lobmayer, Streptobazillen-Infektion (*Ducrey*) am Finger. D. med. Woch. Nr. 8. S. 212.

Mayo-Robson, A. W., The conservative surgery of the hand as illustrated by a case of tendon grafting. Brit. med. Journ. Nr. 2983.

Mertens, Die „Wanderung der Patella“ an dem Amputations-Stumpfe nach *Gritti*. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 256.

Monsarrat, K. W., Infected wounds of the knee-joint. Brit. med. Journ. Nr. 2985.

Naegeli, Th., Beitrag zur Frage der angeborenen unvollständigen Hüftgelenkluxation. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 262.

Nast-Kolb, A., Über sekundäre Stumpfoperationen. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 2. S. 245.

Oehlecker, F., Bildung kolbiger Unterschenkelstümpfe zur Befestigung kurzer Prothesen ohne Oberschenkelteil. Zentralbl. f. Chir. Nr. 15. S. 248.

Perthes, G., Zur Chemotherapie der Extremitätensarkome. Steigerung der Wirkung chemischer Mittel durch intravenöse Applikation in der abgeschnürten Extremität. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. S. 280.

Pohl, W., Weichteilextension bei Oberschenkelamputationen. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 154.

Rübsamen, W., Zur Behandlung der Humerusfraktur der Neugeborenen. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 353.

Saxl, A., Traumatische Belastungsschmerzen und Entlastungshaltungen des Fußes. Wien. klin. Woch. Nr. 9. S. 242.

Schepelmann, E., Muskeltransplantation bei Schulterlähmung. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 144. H. 3 u. 4. S. 258.

Schultze, F., Zur Mitteilung von Oberarzt Dr. *Hörhammer*: Aus der chirurgischen Klinik in Leipzig, Direktor: Geh.-Rat *Payr*. Zur Technik der Patellarnaht. Zentralbl. f. Chir. Nr. 49. 1917. Zentralbl. f. Chir. Nr. 18. S. 301.

Sehrt, E., Vollkommener Dauererfolg von Venenautotransplantation eines Defektes der Arteria femoralis nach $1^1/_2$ Jahren. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 326.

Shepherd, W. Moir, Gunshot injuries of the elbow-joint: treatment by early excision. Brit. med. Journ. Nr. 2979.

Sonntag, E., Posttraumatische Verknöcherung im Kniescheibenband. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 372.

Steiger, A., Über das Druckgeschwür am Fuß und seine Behandlung. Med. Klin. Nr. 17. S. 415.

Ufer, Th., Über Meniskusverletzungen im Kniegelenk und eine neue Schnittführung zur Kniegelenkseröffnung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109. H. 3. S. 621.

Wilms, M., Innere Einklemmung im Hüftgelenk. Zentralbl. f. Chir. Nr. 14. S. 229.

Ziegler, A., Zur Behandlung der Fingerfrakturen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 13. S. 401.

10. Gynäkologie.

Aschner, B., Die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes und ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 416 S. mit 42 Abb. u. 12 farb. Taf. 26 Mk.

Bainbridge, W. S., The influence of pregnancy on the development, progress and recurrence of cancer. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 21. handeling van de gonorrhöe bij de vrouw. Nederl. kindergeneesk. Bd. 7. H. 4. S. 292.

Baisch, K., Ergebnisse der Radium- und Mesothoriumbehandlung der Genitalkarzinome. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. S. 281.

Blumreich, L., Zur Hochfrequenz- und Diathermie-Behandlung bei gynäkologisch-geburtshilflichen Leiden. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 204.

Bonney, V., Myomectomy or hysterectomy. Brit. med. Journ. Nr. 2984.

Fehim, F., Über Stumpfrezidive nach supravaginaler Amputation des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 347.

Franqué, O. v., Kriegsfolgen auf gynäkologischem und geburtshilflichem Gebiete. (Würzb. Abhandl. Bd. 17. H. 11.) Würzburg. Curt Kabitzsch. S. 195—218. 1 Mk.

Franz, K., Zur Behandlung des Uteruskarzinoms. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 1.

Furniss, D., Ureterovesical anastomosis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 14.

Geßner, W., Langjährige Amenorrhöe, kompliziert mit Diabetes und die knappe Kriegskost. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 255.

Goenner, A., Gynäkologische Unfallerkrankungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. S. 272.

Kamberg, D. J., Haematocele retrouterina. Inaug.-Diss. Amsterdam, März.

Keitler, H., Über vikariierende Menstruation. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 433; Nr. 17. S. 469; Nr. 18. S. 499.

Kneise, O., Der Rückenschmerz. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 141.

Köhler, R., Ovarienbefunde bei „Kriegsamenorrhöe“. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 250.

Lipschütz, B., Über Ulcus vulvae acutum. Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 462.

Loose, G., Für und wider die Ovarialdosis in einer Sitzung. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 872.

Mayer, A., Über die operative Behandlung von Rektumprolapsen bei gleichzeitigem Genitalprolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. S. 233.

Meyer, R., Drei Beiträge zur Kenntnis seltenerer Ovarialtumoren. Arch. f. Gyn. Bd 109. H. 1 u. 2. S. 212.

Pankow, O., Die Bedeutung der psychogenen Kriegskomponente bei der Bewertung gynäkologischer Leiden. D. med. Woch. Nr. 13. S. 343; Nr. 14. S. 376.

Passtoors, Th., Over de diagnose en de behandeling van de gonorrhöe bij de vrouw. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 995.

Penris, P. W. L., Carcinoma uteri en graviditeit. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 4. S. 192.

Piel, P., Über Genitalprolapse und Unterleibsbrüche im Kriege. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. S. 237.

Provis, F. L., Stovaine combined with twilight sleep in gynaecology. Lancet Nr. 4926.

Pulvermacher, D., Die Therapie der klimakterischen Blutungen. Ther. d. Gegenw. H. 2. S. 54.

Röder, H., Dysmenorrhöe. Ther. d. Gegenw. H. 2. S. 44.

Rongy, A. J., The treatment of ectopic gestation based on a study of one hundred cases, with a report of twelve cases of repeated ectopic pregnancies. Amer. Journ. of obst. Bd. 77. H. 481. S. 86.

Ruge, C., Epithelialveränderungen und beginnender Krebs am weiblichen Genitalapparat. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 102.

Runge, E., Beitrag zur Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 176.

Scipiades, E., Über die innere Sekretion des Eierstockes. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 1. S. 157.

Steiger, B. v., Laktation und maligne Tumoren der weiblichen Brustdrüse. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 10. S. 312.

Thompson, G. S., Drainage v. seraping in the operation of curettage of the uterus. Brit. med. Journ. Nr. 2976.

Wieser, W. v., Zur Frage des Dosimetervergleichs. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 1. S. 224.

Wormser, E., Über nasale Behandlung der Dysmenorrhöe. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 136.

11. Geburtshilfe.

Bauer, H. F., Pneumococcen-meningitis in de graviditeit. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 3. S. 139.

Beker, J. C., Aderlating bij eclampsie voor de geboorte van het kind. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Bd. 26. H. 4. S. 289.

Blohmke, A., Der Einfluß der Schwangerschaft auf die Otosklerose und seine Bedeutung für die Frage des künstlichen Abortes. Med. Klin. Nr. 5. S. 103.

Burckhardt-Socin, O., Tierexperimentelle Untersuchungen zur Eklampsiefrage. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 117.

Davis, A. B., The toxemias of pregnancy and their treatment. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 62.

Dice, W. C., The indications for interference in preeclamptic toxemia. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 76.

Ebeler, F., Taschenbuch der Wochenbettpflege für Krankenpflegerinnen und Hebammenschülerinnen. Leipzig. Repertorienverlag. 120 S. mit 56 Abb. Geb. 3 Mk. 50 Pf.

Engelhard, J. L. B., Over verlamming van een been na de baring. Nederl. Tijdschr. v. verlosk. en gyn. Bd. 26. H. 4. S. 267.

Esch, P., Über Masern in der Gestationsperiode und über Masern beim Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. H. 6. S. 105.

Freund, R., Zur Prognose der Früh- und Späteklampsien bei aktiver und abwartender Behandlung. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 165.

Groot, M. J. de, Een geval van meningitis in de zwangerschap. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 1. S. 4.

Gundrum, Zwei eingreifende Geburtsoperationen auf dem Erdboden ausgeführt. Med. Klin. Nr. 6. S. 140.

Hamm, A., Welche Aussichten bietet die prophylaktische Antiseptik der Scheide Schwangerer zur Bekämpfung der endogenen Puerperalinfektion? Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 1. S. 110.

Harrar, J. A., The cause of death in childbirth; maternal mortalities in 100 000 confinements at the New York Lying- in Hospital. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 38.

Hedrén, G., Förlossningstraumatiska intrakraniella blödningar hos nyfödda och deras rättsmedicinska betydelse. Svensk. läkaresällsk. handl. Bd. 44. H. 1. S. 52.

Heil, K., Fortschritte und Wandlungen in der Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochen-

bettes während des Jahrzehntes 1906—1915. Der prakt. Arzt H. 7 u. 8. S. 110.

Heymann, J., Obstetrisk-gynekologiska sektioneus förhandlingar. Hygiea H. 5. S. 281.

Ill, Ch. L., The alcohol drain in septic cases requiving cesarean section. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 83.

Kottmann, K., Über das Wesen meiner neuen Schwangerschaftsreaktion mit Sorzympräparaten. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 10. S. 318.

Kouwer, B. J., Zogapcheiding der eerstbarige, in verband met haar leeftijd. Nederl. Tijdschr. v. verlosk. en gyn. Bd. 26. H. 4. S. 297.

Krampitz, P., Ein Vorschlag zur prophylaktischen Bekämpfung der puerperalen Sepsis, besonders bei der manuellen Plazentalösung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. S. 268.

Lehmann, F., Versuche zur Voraussage des fötalen Geschlechts. Zentralbl. f. Gyn. H. 6. S. 112.

Levy, J., The maternal and infant mortality in midwifery practice in New York. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 41.

Loeser, A., Die latente Infektion der Geburtswege. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 1. S. 137.

Mackenzie, J., Heart failure and pregnancy. Lancet Nr. 4924.

Mathes, P., Die häufigste Störung in der Nachgeburtsperiode und die leichteste Art, sie zu erkennen. Med. Klin. Nr. 15. S. 359.

Mc Pherson, R., The conservative treatment of eclampsia. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 58.

Metzlar, C., Een geval van meningitis in puerperis. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 3. S. 142.

Neu, M., Über die biologische Auswertung des Serums in der Gestationszeit. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. S. 297.

Poucher, J. W., Preëclamptic cesarean section. Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 54.

Rohde, C., Über die Bedeutung der Geburtsdauer nach dem Blasensprung für die Ätiologie der endogenen puerperalen Infektion. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 1. S. 20.

Routh, A. J., Antenatal syphilis: suggested action of the chorionic ferments. Brit. med. Journ. Nr. 2976. — Lancet Nr. 4924.

Ruge, C., Zur Behandlung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 108. H. 1. S. 1.

Ruge, C., Follikelsprung und Befruchtung. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 302.

Sachs, E., Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Blutkrankheiten (Leukämie und perniziöse Anämie). Med. Klin. Nr. 12. S. 285.

Schäfer, P., Zur Ätiologie der Schwangerschaftsrupturen. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 284.

Schultze, B. S., Über den Scheintod Neugeborener und über Wiederbelebung scheintot geborener Kinder. v. Volkmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 741/42. S. 115.

Siegel, P. W., Zur Frage der Superfökundatio und Superfötatio bei Zwillingen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. S. 301.

Stoeckel, W., Meine Erfahrungen mit der Hebosteotomie und mit den verschiedenen Methoden des Kaiserschnitts. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 17.

Veraart, B., Roodvonk, kraambed en navelbesmetting. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 748.

Versteeg, C. H., Meningitis cerebro-spinalis epidemica en graviditeit. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 1. S. 1.

Voorhees, J. D., Can the frequency of some obstetrical operations be diminished? Amer. Journ. of Obst. Bd. 77. H. 481. S. 1.

Warnekros, K., Die Nachgeburtsperiode im Röntgenbilde. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 266.

Wendt, J., Zur Therapie der Placenta praevia. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 158.

Zangemeister, W., Eklampsie und Krieg (Nachtrag). Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 249.

12. Kinderkrankheiten.

Aron, H., Über Wachstumsstörungen im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 4. S. 273.

Birk, W., Beiträge zur Klinik und Behandlung der Thymushyperplasie bei Kindern. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 7. S. 363.

Bókay, J. v., Gehirn-Symptome bei der Pyleozystitis des Säuglingsalters. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 3. S. 181.

Chick, H., An estimate of the antiscorbutic value of milk in infant feeding. Lancet Nr. 4923.

Comby, J., L'abus du lait chez les enfants. Presse méd. Nr. 16. S. 150.

Einstoß, E., Über Scharlachrezidive. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 3. S. 234.

Gorter, E., Over typhobacillose van *Landouzy*. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 3. S. 171.

Grundig, A., Die Bedeutung des Bildes im Unterrichte der Schwachen. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 1 u. 2. S. 124.

Häberlin und Fleck, Über die körperliche Entwicklung von Kindern im Frieden und Krieg. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 66. H. 5 u. 6. S. 370.

Hamelberg, J. M., Albuminurie bij schoolkinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 10. S. 679.

Hofmeier, M., Nochmals zur Frage der Säuglingspflege in den Frauenkliniken. D. med. Woch. Nr. 6. S. 157.

Holwede, B. v., Paratyphus B bei Säuglingen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 37. H. 4. S. 351.

Jadassohn, J., Zur Behandlung der Kinderekzeme mit Röntgenstrahlen. Therap. Monatsh. H. 4. S. 119.

Johansson, S., Zwei Fälle von Milzexstirpation bei Kindern (Banti und Anaemia pseudoleucaemica infantum). Nord. med. Arch. (Chir.) Bd. 50. Nr. 5—6. S. 1.

Kinloch, J. P., Beeinflußt die Kuhpockenimpfung die Gesundheit der Kinder, insbesondere den Ablauf der an geimpften Kindern später auftretenden Krankheiten in ungünstiger Weise? Arch. f. Kinderheilk. Bd. 66. H. 5 u. 6. S. 443.

Lampe, H. A., Icterus gravis neonatorum. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 4. S. 234.

Lange, C. v., Zur Leberzirrhose im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. H. 6. S. 351.

Lichtenstein, A., Pediatriska sektionens forhandlingar 1916—1917. Hygiea H. 4. S. 161.

Martini, E., Das Fleckfieber der Kinder. D. med. Woch. Nr. 6. S. 156.

Moro, E., Über den großen diagnostischen Wert der negativen Tuberkulinreaktion in der Kinderpraxis. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 396.

Pfaundler, M., Ration und Bedarf an Nährstoffen für Kinder. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 173.

Pirquet, C. v., Ergebnisse der Kinderernährung nach einem neuen System. Wien. med. Woch. Nr. 5. S. 217.

Poynton, F. J., Observations on the nature and symptoms of cardiac infection in childhood. Brit. med. Journ. Nr. 2983.

Schippers, J. C., De anaemie pseudo-leucaemica infantum (*v. Jaksch-Luzet*). Geneesk. Bladen Bd. 20. H. 4. S. 103.

Seitz, Einige Bemerkungen zu dem ersten im Kaiserin Augusta Viktoria-Hause zu Charlottenburg abgehaltenen ärztlichen Fortbildungskurs für Säuglingspflege. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 2. S. 31.

Sellheim, H., Milchüberleitung. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 66. H. 5 u. 6. S. 321.

Spaet, F., Über Verbreitung der Tuberkulose im Kindesalter und deren Bekämpfung. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 350.

Steiner, L., Zur Ätiologie und Prophylaxe der Skrophulose. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 66. H. 5 u. 6. S. 333.

Stern, E., Eschenmayers Pädagogik. Zeitschr. f. Kinderforsch. H. 1 u. 2. S. 113.

Thiemich, M., Zur Frage des vorzeitigen Rückganges und Versiegens der Laktation. Monatsschr. f. Kinderheilk. H. 6. S. 615.

Traugott, M., Über die Punktion des Sinus longitudinalis beim Säugling. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 66. H. 5 u. 6. S. 408.

Vries Robles, S. B. de, Tetanus neonatorum en zijn behandeling. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 12. S. 800.

Weihe, F., Mastdarmpolyp als Ursache von Ileus eines Neugeborenen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Nr. 7. S. 409.

Wieland, E., Über Pyelitis infantum. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 2. S. 33; Nr. 3. S. 68.

Wolff, B., Spasmophile Krämpfe im ersten Quartal der Säuglingszeit. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 66. H. 5 u. 6. S. 385.

Ylppö, A., Neuere Forschungen über Krankheitserscheinungen bei Neugeborenen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 4. S. 93.

13. Psychiatrie.

Bleuler, E., Störung der Assoziationsspannung, ein Elementarsymptom der Schizophrenien. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 1—3. S. 1.

Bresler, J., Seelenkundliches. Psych.-neur. Woch. Nr. 2. S. 15.

Core, D. E., Some mechanisms at work in the evolution of hysteria. Lancet Nr. 4932.

Dide, M., Les émotions et la guerre. Réactions des individus et des collectivités dans le conflit moderne. Paris. F. Alcan, éd. 1 vol. en-8°. 5 frs.

Fischer, M., Briefgeheimnis und praktische Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 1—3. S. 136.

Gutzeit, W., Akute Psychosen und psychoneurotische Zustände bei Desinfektoren. Psych.-neur. Woch. Nr. 2. S. 14.

Hagedorn, Krankhafte Beharrlichkeit in abnormen Selbstbeschädigungen. D. med. Woch. Nr. 16. S. 436.

Isserlin, M., Psychologie und Psychophysik. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 2. S. 181.

Jelgersma, G., Leerboek der psychiatrie. Amsterdam 1917. Scheltema en Holkema's Bockhandel. Geb. 30 Gulden.

Janssens, G., Over generatie psychosen. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz., en kindergeneesk. Bd. 7. H. 3. S. 123; H. 4. S. 179.

Kollewijn, J. R., Bijdrage tot de kennis der hysterie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 13. S. 891.

Kreuser, Zur Frage der Kriegspsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 1—3. S. 113.

Marcuse, H., Zur psychologischen Untersuchung von Hysterie und Simulation. Med. Klin. Nr. 10. S. 238.

Meyer, E., Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen. Med. Klin. Nr. 7. S. 153; Nr. 8. S. 179.

Mott, F. W., Two addresses on war psychoneurosis. II. The psychology of soldier's dreams. Lancet Nr. 4927.

Peretti, Von der Übertragung religiös-überspannter und theosophischer Ideen und von einer Gruppe „wahrer Menschen". Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 1—3. S. 54.

Pilcz, A., Zur Organotherapie der Dementia praecox. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 47 u. 48. S. 303.

Ravenswaay, A. van, De intwerking van het gesproken woord op de wijdte van de pupil. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 5. S. 289.

Schroeder, H., Allgemeine Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 2. S. 114.

Schulte, J. E., Onderzoek over phantasie en intellect bij normalen en geesteszieken. Inaug.-Diss. Groningen, Febr. Rutgers en Co., Rotterdam. 143 S. mit vielen Tabellen u. Kurven.

Schütte, E., Organische Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 2. S. 84.

Sommer, R., Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Bd. 10. H. 2. Halle. Carl Marhold. 140 S. 3 Mk.

Stransky, E., Krieg und Geistesstörung. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 77 S. 3 Mk.

Stransky, E., Angewandte Psychiatrie! Motive und Elemente zu einem Programmentwurf. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 1—3. S. 22.

Snell, O., Intoxikations-Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 2. S. 73.

Snell, O., Anstaltswesen und Statistik. Allg. Zeitschr. f. Psych. H. 2. S. 139.

Sztomojevits, L., Ein Fall von Dämmerzustand nach Neosalvarsan-Injektion. Militärarzt Nr. 1. S. 13.

Tramer, M., Beitrag zur Frage der postoperativen Psychosen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 8. S. 241.

Waller, A. D., The emotive response to ordinary stimulation, real and imaginary. Lancet Nr. 4932.

Wolfsohn, J. M., The predisposing factors of war psycho-neuroses. Lancet Nr. 4927.

14. Augenheilkunde.

Benjamins, C. E., en G. F. Rochat, De verwijderde gevolgen van de operatieve behandeling van de chronische verstopping van het traankanaal volgens *West-Polyak*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 5. S. 284.

Chevallier, P., A propos d'un traitement pratique de la blennorragie. Presse méd. Nr. 14. S. 128.

Cramer, Der leuchtende Landoltsche Ring zur Feststellung der Leistungsfähigkeit der Augen im Dunkeln. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 378.

Doesschate, G. ten, Oogafwijkingen, die na verloop van meningitis cerebrospinalis epidemica worden aangetroffen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 775.

Edridge-Green, F. W., The cause and prevention of myopia. Lancet Nr. 4926.

Fuchs, E., Zur Anatomie des Staphyloma corneae. Arch. f. Ophthalm. H. 3. S. 215.

Fuchs, E., Über Eosinophilie im Auge. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 162.

Heusen, H., Über Optochinerkrankungen des Auges. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 268.

Hippel, E. v., Über diffuse Gliose der Netzhaut und ihre Beziehungen zu der Angiomatosis retinae. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 173.

Hippel, E. v., Über die angeborenen zentralen Defekte der Hornhauthinterfläche sowie über angeborene Hornhautstaphylome. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 184.

Hippel, E. v., Weiterer Beitrag zur Kenntnis seltener tuberkulöser Erkrankungen des Auges. Arch. f. Ophthalm. H. 3. S. 255.

Hoeve, J. van der, Latente nystagmus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 12. S. 790.

Hoeve, J. van der, und A. de Kleyn, Blaue Sklera, Knochenbrüchigkeit und Schwerhörigkeit. Arch. f. Ophthalm. H. 1. S. 81.

Hönig, A., Erfahrungen auf dem Gebiete der Augenheilkunde im Kriege. Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 102; Nr. 3. S. 142.

Kahn, R. H., Über den physiologischen Pupillarabschluß. Arch. f. Ophthalm. H. 1. S. 73.

Klingelhöffer, W., Die Schädigungen des Sehapparates durch den Krieg. Natur H. 11 u. 12. S. 97; H. 13 u. 14. S. 116.

Koeppe, L., Die Ursache der sogenannten genuinen Nachtblindheit. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 392.

Koeppe, L., Die Lösung des Problems der direkten stereoskopischen Betrachtung des lebenden Augenhintergrunds bei starker mikroskopischer Vergrößerung im fokalen Lichte der Gullstrandschen Nernstspaltlampe. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 391.

Koeppe, L., Die Mikroskopie des lebenden Augenhintergrunds mit starken Vergrößerungen im fokalen Lichte der Gullstrandschen Nernstspaltlampe. Arch. f. Ophthalm. H. 3. S. 282.

Köhler, A., Röntgennachweis von Geschoßsplittern im Auge. Umschau Nr. 19. S. 220.

Köhne, W., Über angioide Pigmentstreifenbildung der Netzhaut. Arch. f. Ophthalm. H. 1. S. 97.

Köllner, Über Augendrucksschwankungen beim Glaukom und ihre Abhängigkeit vom Blutkreislauf. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 229.

Königstein, L., Einiges über Trachom. Wien. med. Woch. Nr. 11. S. 449; Nr. 12. S. 507.

Kümmel, R., Über leukämische Augenveränderungen. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 105.

Lapersonne, F. de, La chloramine comme antiseptique en ophtalmologie. Presse méd. Nr. 6. S. 53.

Pichler, A., Beobachtungen über traumatischen Enophthalmus in drei Kriegsjahren. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 145.

Rietz, E., Om gliom i synnerven. Hygiea Bd. 80. H. 6. S. 344.

Rothschild, L., Intrakorneale Tätowierung (Tierversuche). Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 130.

Seidel, E., Über den physiologischen Pupillenabschluß. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 210.

Seidel, E., Experimentelle Untersuchungen über die Quelle und den Verlauf der intraokularen Saftströmung. Arch. f. Ophthalm. H. 1. S. 1.

Silex, P., und B. Hirsch, Bericht über unsere dreijährige Tätigkeit an der Blinden-Lazarettschule des Vereinslazaretts St. Maria Viktoria-Heilanstalt zu Berlin. Berlin. Selbstverlag d. Lazarettschule. 72 S. mit zahlr. Abb.

Steuvers, H. W., Röntgenologische Bemerkungen zur vorhergehenden Arbeit von *J. v. d. Hoeve* und *A. de Kleyn*. Arch. f. Ophthalm. H. 1. S. 94.

Stock, W., Das Ulcus corneae serpens. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 9. S. 229.

Struycken, H. J. L., Het registreeren van den nystagmus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 621.

Tendlau, A., Ein Fall von Proboszis lateralis. Arch. f. Ophthalm. Bd. 95. H. 2. S. 135.

Thim, R., Eine neue Zilienzange. Med. Klin. Nr. 17. S. 421.

Voeux, H. A. des, Eye-strain the condition of „blepsopathia". Lancet Nr. 4931.

Vogt, A., Ein ophthalmoskopisches Symptom der Netzhautatrophie im Gefolge von Netzhaut- und Sehnervenerkrankungen, insbesondere von Neuritis retrobulbaris. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 2. S. 51.

Weve, H., Drie gevallen van parotitis epidemica met iridocyclitis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 8. S. 544.

Zeeman, W. P. C., Varicocele orbitae. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 986.

Zeeman, W. P. C., De met cyclodialyse en trepanatie bij buphthalmus verkregen iutkomsten. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 781.

Zeeman, W. P. C., Exophthalmus pulsans door multiple myelomen, mede geseteld in het orbitaaldak. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 780.

15. Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes und Rachens.

Bellin et Vernet, Le phlegmon de l'espace thyroglosso-épiglottique. Presse méd. Nr. 14. S. 127.

Blohmke, A., Otosklerose und Schwangerschaft. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 1 u. 2. S. 1.

Blumenthal, A., Über Schallokalisation bei Normalhörigen und Schwerhörigen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 1 u. 2. S. 1.

Brandenburg, W., Neue Wege in der Schiefnasenplastik. D. med. Woch. Nr. 7. S. 183.

Davis, E. D. D., A survey of 1064 operations for the complete removal of tonsils and adenoids. With a consideration of the possibility of a reduction in the number of operations. Brit. med. Journ. Nr. 2978. S. 114.

Döderlein, W., Zur Diagnose des otitischen Hirnabszesses. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 14.

Eicken, C. v., Fremdkörperextraktionen mittels indirekter Hypopharyngoskopie. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 1.

Falta, M., Das Erkennen veralteter Ohrenleiden. Wien. med. Woch. Nr. 15. S. 646.

Fleischmann, O., Zur Frage des diagnostischen Wertes der Lumbalpunktion bei den zerebralen Komplikationen der Mittelohreiterung. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 1 u. 2. S. 42.

Fleischmann, O., Ein Fall von Ototyphus. Münch. med. Woch. Nr. 7. S. 186.

Gatscher, S., Über die typischen Kopfbewegungen (rudimentärer Kopfnystagmus) des Säuglings als Teilerscheinung der vestibulären Drehreaktion. Wien. med. Woch. Nr. 12. S. 503; Nr. 13. S. 556; Nr. 14. S. 605.

Gatscher, S., Über die diagnostische Bedeutung der Schmerzhaftigkeit und des Druckschmerzes des Warzenfortsatzes. Wien 1917. Wilhelm Braumüller. 32 S. mit 11 Abb. 2 Mk.

Gertz, H., Zur Kenntnis der Labyrinthfunktion. Nord. med. Ark. (innere Med.) Bd. 50. Nr. 3. S. 240.

Guiser, Diagnostic et traitements des plaies de guerre du conduit laryngo-trachéal. Presse méd. Nr. 11. S. 97.

Hacker, V. v., Tränen-Nasengangbildung nach Schußverletzung durch Sondierung ohne Ende mit Epithelbrei am Faden. Zentralbl. f. Chir. Nr. 15. S. 245.

Haren, P., Eine eigenartige Todesursache bei Ösophagusstenose. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 66.

Helm, I. J. van den, Tonsillektomie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 17. S. 1152.

Henrici, Nasenatmung und Mundatmung bei körperlichen Anstrengungen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 31.

Heuser, A., und P. Haren, Okkulte Nebenhöhlenerkrankungen und Neuritis optica. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 239.

Hirsch, C., Kehlkopffraktur durch Verschüttung. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 76. H. 3 u. 4. S. 262.

Hofer, G., Ein Beitrag zur Pathologie der Osteomyelitis der Stirnhöhle. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1917. H. 11 u. 12. S. 639.

Imhofer, R., Beitrag zur Kasuistik der postoperativen Komplikationen der Tonsillektomie. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1917. H. 11 u. 12. S. 633.

Kobrak, F., Zur Pathogenese und Therapie der akuten otogenen Infektion. D. med. Woch. Nr. 6. S. 154; Nr. 7. S. 182.

Leidler, R., Über die Beziehungen der Syringomyelie (resp. Syringobulbie) zum zentralen Vestibularapparat. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 76. H. 3 u. 4. S. 201.

Marum, Friedländer-Otitis mit Sinusthrombose und Lumbalwirbelabszeß. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 7.

Mignon, M., Technique spéciale pour injections trachéales sans éclairage. Presse méd. Nr. 3. S. 23.

Mygind, S. H., Ein neues Labyrinthfistelsymptom. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 70.

Nürnberg, C., Hypertrophie und nachfolgende Totalgangräne der Tonsille. Med. Klin. Nr. 12. S. 294.

Onodi, L., Über kongenitale Ohrfisteln. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 1 u. 2. S. 128.

Réthi, L., Zur Radiumbehandlung der bösartigen Neubildungen des Rachens und des Nasenrachenraumes. Wien. med. Woch. Nr. 4. S. 169.

Rodt, W. E. v., Otologische Beobachtungen in österreichisch-ungarischen Lazaretten. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 16. S. 497.

Rüttin, E., Über Schädigung des Gehörorgans durch Gasvergiftung. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 60.

Schlachter, J., Psychogener Stridor bei Soldaten. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 44.

Schlittler, E., Ohrenärztliche Fürsorge in den Volksschulen von Basel-Stadt mit besonderer Berücksichtigung der Spezialklassen. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 4. S. 108.

Stein, C., Gehörorgan und Konstitution. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 76. H. 3 u. 4. S. 129.

Taylor, J. E., and W. H. Mac Kinstry, A serological investigation of Vincent's angina. British med. Journ. Nr. 2977. S. 82.

Vulpius, Zur Behandlung traumatischer Trommelfellperforationen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 77. H. 1. S. 24.

Wertheim, E., Zur Frage der Radikaloperation des Mittelohres vom militärärztlichen Standpunkt aus. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 1 u. 2. S. 108.

Wittmaack, K., Vergleichende Untersuchungen über Luftschall-Luftleitung und Bodenschwingung — Körperleitungsschädigungen des akustischen Apparates. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 102. H. 1 u. 2. S. 96.

16. Haut- und venerische Krankheiten.

1. *Hautkrankheiten.*

Adamson, H. G., Sycosis and other chronic staphylococcal infections of the skin, and their prevention. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Axmann, Lymphombehandlung und Lupus. D. med. Woch. H. 8. S. 213.

Brauer, A., Absichtlich erzeugte Hauterkrankungen. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 595.

Bruck, Über die Behandlung tiefer Bartflechten mit Trichon. Münchn. med. Woch. Nr. 13. S. 347.

Buschke, A., Die Trichophytien nebst einigen Bemerkungen über die Zentralisierung der Pilzforschung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 4. S. 87.

Chajes, B., Die Therapie der Bartflechte. Ther. d. Gegenw. Nr. 4. S. 122.

Chajes, B., Die Pilzerkrankungen der menschlichen Haut. Med. Klin. Nr. 13. S. 312.

Exchaquet, L., A propos d'un cas de sclérodermie progressive chez un enfant. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 3. S. 197.

Fuld, E., Urticaria appendicularis. Med. Klin. Nr. 7. S. 161.

Greif, Behandlung der Skabies mit Skaben. Med. Klin. Nr. 10. S. 242.

Hammer, F., Betrachtungen über Hautentzündung und Kriegserfahrungen bei Hautkrankheiten. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 696.

Heller, J., Erfahrungen mit der medikamentös-chirurgischen Behandlung der Trichophytie. Med. Klin. Nr. 16. S. 388.

Hofmann, E., und B. Habermann, Arzneiliche und gewerbliche Dermatosen durch Kriegsersatzmittel (Vaseline, Schmieröl) und eigenartige Melanodermatitiden. D. med. Woch. Nr. 9. S. 261.

Jeßner, S., Furunkulosis und andere kokkogene Hautleiden (Impetigo, Erysipel usw.). 2. Aufl. Würzburg. Curt Kabitzsch. 99 S. 2 Mk. 40 Pf.

Jeßner, S., Bartflechten und Flechten im Barte. Würzburg. Curt Kabitzsch. 42 S. 1 Mk. 40 Pf.

Joseph, M., Urologie, Haut- und Geschlechtsleiden. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. H. 4. S. 30.

Kerl, W., und H. Koch, Über Ursachen des Ausbleibens von Herdreaktionen. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 757.

Kerl, W., Zur Frage der Spezifität der Wassermann-Reaktion, insbesondere über den Ausfall bei Tuberkulose und Tuberkuliden. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 734.

Koch, H., Über ein makulöses Exanthem bei Diabetes mellitus. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 845.

Kreibich, C., Zur Pathogenese der Psoriasis. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 665.

Krzysztalowicz, F. v., Ein Fall von Pityriasis lichenoides chron. (Parakeratosis variegata, Parapsoriasis, Erythrodermie pityriasique usw.). Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 647.

Kyrle, J., Über chronische Diphtherie der Haut und Schleimhaut. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 769.

Lehmann, W., Zur Frage der Bartflechte. D. med. Woch. Nr. 17. S. 468.

Lewandowsky, F., Über Ekzemprobleme. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 12. S. 371.

Lorenz, Beobachtungen über die Ursachen der häufig auftretenden Ausschläge der unteren Extremitäten. Erwähnung eines Falles von rezidivierendem Lungenkatarrh. Med. Klin. Nr. 14. S. 344.

Mac Cormac, H., Primary and secondary impetigo in soldiers. Brit. med. Journ. Nr. 2979.

Müller, G., Eigenartiger Fall von Urtikaria mit Ödem und Fieber. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 210.

v. Niedner, Hämorrhagische Exantheme. Med. Klin. Nr. 14. S. 333.

Nobl, G., Zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebrae). Wien. med. Woch. Nr. 13. S. 541.

Nußbaum, O., Erythema scarlatiniforme nach Salvarsanintoxikation. D. med. Woch. Nr. 17. S. 468.

Oppenheim, M., Die Krätzeplage und ihre Bekämpfung. Wien. med. Woch. Nr. 15. S. 637.

Plaut, Zur Bekämpfung und Verhütung der Bartflechte und Trichophytie. D. med. Woch. Nr. 9. S. 240.

Plaut, Bemerkungen zu der Lehmannschen Arbeit. D. med. Woch. Nr. 17. S. 469.

Prins, G. A., Urticaria door spierarbeid. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 952.

Reenstierna, J., Dariersche Dermatose mit Schleimhautveränderungen und impetigoartigen Eruptionen. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 841.

Reuß, A. v., Quecksilber- oder Salvarsandermatitis? Med. Klin. Nr. 17. S. 414.

Šamberger, Fr., Weitere Erkenntnisse über die lymphatische Hautreaktion. Pathogenese der Pemphigusblase. Wien. med. Woch. Nr. 9. S. 382; Nr. 10. S. 419; Nr. 11. S. 455; Nr. 12. S. 512.

Schäffer, J., Behandlung von Hautkrankheiten mit einfachen Mitteln. Med. Klin. Nr. 5. S. 106.

Silva, Ch. de, The treatment of psoriasis by X-rays and chlorine ionization. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Strauß, Ein seltener Fall von Urtikaria. Med. Klin. Nr. 13. S. 318.

Stümpke, G., Über die Beziehungen zwischen Erythema nodosum und Lues. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 671.

Stümpke, G., Zur Ätiologie des Pemphigus vulgaris. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 681.

Weil, E., Die Entstehung des Fleckfieberexanthems. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 502.

Weinmann, A., Zur Therapie der Parapsoriasis (*Brocq*). Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 785.

Weiß, A., Über einen Fall von benignem Miliarlupoid (*Boeck*) und dessen günstige Beeinflussung durch spezifische Behandlung. Wien. med. Woch. Nr. 13. S. 552.

Zweig, L., Über einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 125. H. 1. S. 1.

2. *Venerische Krankheiten.*

Abbott, H. W., The control of venereal diseases. The diagnosis of syphilis: its treatment by novarsenobenzol, mercury and iodide of potassium. Lancet Nr. 4929 u. 4930.

Carlill, H., Hunterian lecture on the diagnosis and treatment of syphilis of the central nervous system: with special reference to the use of novarsenobillon. Lancet Nr. 4929.

Cobbledick, A. S., Chronic gonorrhoeal infection of the prostate: notes on its persistence and its relation to recurrent iridocyclitis. Lancet Nr. 4931.

Forßmann, J., Über Quecksilberbehandlung bei Syphilis als Ursache von Albuminurie. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 719.

Haworth, H. D., The treatment of gonococcal arthritis by sensitized gonococcal vaccine. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Kall, K., Die Cholevalbehandlung der Gonorrhöe. Wien. klin. Rundschau Nr. 7 u. 8. S. 40.

Lacapère, Vue d'ensemble de la syphilis tertiaire chez les indigènes du *Marac*. Presse méd. Nr. 16. S. 146.

Leredde et Rubinstein, Les erreurs de technique dans la réaction de *Wassermann* et leurs causes. Presse méd. Nr. 9. S. 77.

Lilienstein, Ein Fall von endourethralem harten Schanker. D. med. Woch. Nr. 13. S. 348.

Lumb, N. P. L., Gonorrhoea complicated by syphilis. Brit. med. Journ. Nr. 2984.

Mc Donald, S., Acute yellow atrophy in syphilis. Brit. med. Journ. Nr. 2977. S. 76.

Müller, M., Der Behandlungs-Schlendrian auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 428.

Nonne, M., Über Heilung der hypophysären Form der Lues congenita (Lues congenita pituitaria) durch kombinierte antisyphilitische und Organ-Therapie. Neur. Zentralbl. Nr. 6. S. 194.

Pameijer, J. H., Behandeling van syphilis en de reactie van *Wassermann*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 739.

Pfaundler, M., Die Kontagiosität der kongenitalen Lues. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 161.

Reines, S., Intravenöse Methylenblauinjektion bei der akuten Urethritis gonorrhoica posterior und Zystitis. Wien. klin. Woch. Nr. 9. S. 246.

Reuß, A. v., Quecksilber- oder Salvarsandermatitis? Med. Klin. Nr. 17. S. 414.

Schlitter, E., Die gonorrhoische Infektion der oberen Luft- und Speisewege. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 76. H. 3 u. 4. S. 232.

Seebaum, H., Anschauungstafeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. Tafel 1—6.

Ullmann, K., Zur Kenntnis und Differentialdiagnose syphilitischer Stigmata. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 807.

Waelsch, L., Übertragungsversuche mit spitzem Kondylom. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 124. H. 4. S. 625.

Wassermann, A. v., Die Abortivbehandlung der Syphilis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 9. S. 225.

Watson, D., The course of instruction in venereal diseases. Brit. med. Journ. Nr. 2976.

Werther, Die Aufstöberung der unerkannten Syphilis und die Vorteile, welche die Angliederung der Beratungsstellen an Fachabteilungen der Krankenhäuser hat. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 288.

Woodward, H. M. M., A case of gonorrhoeal keratodermia. Lancet Nr. 4930.

v. Zeißl, Zur Pathologie und Therapie der Syphilis. Wien. med. Woch. Nr. 14. S. 593.

Zieler, Die frühzeitige Diagnose und Differentialdiagnose der Syphilis. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 148.

17. Zahnheilkunde.

Bünger, Die Blutstillung mit Klauden in der zahnärztlichen Praxis. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 2. S. 47.

Kantorowicz, Speichelkolik. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 3. S. 85.

Petsch, Über Wurzelspitzenresektion an Prämolaren und Molaren. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 4. S. 115.

Schottländer, E., Zwei bemerkenswerte Fälle aus der Praxis. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 2. S. 49.

Schröder und Moral, Über angeborene Zähne. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 4. S. 97.

Struck, W., Resectio apicis. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 2. S. 33.

Struck, W., Die Ausmeißelung eines retinierten Zahnes. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 3. S. 88.

Türkheim, H., Vorschläge für eine einheitliche Bezeichnung der Zähne und ihrer Teile. D. Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 2. S. 44.

18. Hygiene, Sanitätspolizei, Gewerbekrankheiten, Tropenhygiene.

Baerthlein und Seiffert, Entlausung mit Tetrachlorkohlenstoffgas. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 235.

Bürgers, Über Ruhrschutzimpfung. D. med. Woch. Nr. 17. S. 464.

Christen, Th., Die menschliche Fortpflanzung, ihre Gesundung und ihre Veredelung. 2. Auflage. München. Ernst Reinhardt. 177 S. Geb. 5 Mk. 85 Pf.

Curtius, Beiträge zur Typhusverbreitung durch Milch und Maßnahmen gegen gemeingefährliche Typhusbazillen-Dauerausscheider. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 4. S. 75.

Dekker, H., Krieg und Krankheit. Kosmos H. 3 u. 4. S. 62.

Ernst, Die Fleckfieberepidemie in B., einer Stadt des besetzten Ostens. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 7. S. 145.

Fletcher, H. Morley, The prevention of the spread of epidemie disease at shools. Brit. med. Journ. Nr. 2985.

Flu, P. C., Epidemiological studies of the cholera in Batavia 1909—15. Mededeelingen v. d. Burgerl. Geneesk. Dienst i. Nederl. Indië Bd. 3.

Flu, P. C., *C. Eijkman's* fermentation test for tracing faecalic contamination of water. Mededeelingen v. d. Burgerl. Geneesk. Dienst i. Nederl. Indië Bd. 3.

Flu, P. C., The longevity of choleravibriones in and on the soil of cholera kampongs at Batavia and the soil theory of the cholera asiatica of *Max Pettenkofer*. Mededeelingen v. d. Burgerl. Geneesk. Dienst i. Nederl. Indië Bd. 3. S. 1.

Friedrich, H., Insekten als Feinde unserer Korn- und Mehlvorräte. Kosmos H. 2. S. 41.

Gerber, O. P., Die Boden- und Wohnungsfrage in Beziehung auf die Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung Wiener Verhältnisse. Wien. Leonhardt. 29 S.

Gruber, M. v., Leitsätze über Alkoholismus und Nachwuchs. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 367.

Hemmerdinger, A., Leçons pratiques d'alimentation raisonnée. Masson et Cie., éd. Paris. 1.25 fr.

Karny, H., Vorläufige Mitteilung über die in Albanien vorkommenden Malariastechmücken (Anophelinae). Wien. med. Woch. Nr. 15. S. 642.

Klut, H., Über die aggressiven Wässer und ihre Bedeutung für die Wasserhygiene. Med. Klin. Nr. 17. S. 417.

Koolemans Beynen, G. J. W., Beri-beri onder Jawanen in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 401.

Kuttner, L., Zur weiteren Regelung der Krankenernährung während des Krieges. D. med. Woch. Nr. 8. S. 203.

Lehmann, B., Ein Fall von Orientbeulen (Bagdad- oder Aleppobeulen). Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 243.

Lentz, Die Pockenverbreitung im letzten Jahre. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 7. S. 169.

Lentz, O., Die Seuchenbekämpfung und ihre technischen Hilfsmittel. Berlin. Leonhard Simon Nfg. 64 S. mit zahlr. Abb. 5 Mk.

Lubarsch, O., Über Entstehungsweise, Infektions- und Verbreitungswege der Tuberkulose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 6. S. 141.

Lyster, C. R. C., and W. H. Mc Kinstry, A case of oriental sore. Lancet Nr. 4930.

Martin, C., Zur Prophylaxe und Hygiene der Lungentuberkulose. Med. Klin. Nr. 10. S. 236.

Martini, E., Körperentlausung durch Enthaarungspulver zwecks Fleckfieberbekämpfung. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 404.

Masterman, E. W. G., Jerusalem from the point of view of health and disease. Lancet Nr. 4930.

Müller, S., Le développement du trichocéphale dispar. Nord. med. Ark. (innere Med.) Bd. 50. Nr. 3. S. 236.

Neufeld, F., und O. Schiemann, Experimentelle Untersuchungen über eine läusesichere Schutzkleidung. D. med. Woch. Nr. 9. S. 231.

Nieuwenhuis, A. W., Geographische en volkenkundige gegevens in de hygiene van Nederlandsch-Indië. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 6. S. 382.

Noorden, C. v., Über einen Ausnützungsversuch mit Roggen-Vollkornbrot. Therap. Monatsh. H. 2. S. 96.

Oeder, G., Sachgemäße menschliche Kriegsernährung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. H. 2. S. 33; H. 3. S. 77.

Opitz, K., Die Stillfähigkeit im Kriege. D. med. Woch. Nr. 16. S. 437.

Raadt, O. L. E. de, Trockene Hitze als Mittel zur Abtötung von Rattenflöhen. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. H. 1. S. 1.

Ranke, K. E., Die Tuberkulosebekämpfung nach dem Kriege. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 320.

Schleim, Nosologisch-statistische Beobachtungen über Typhusschutzimpfung. Wien. med. Woch. Nr. 10. S. 422.

Silberschmidt, W., Die Bedeutung der Bazillenträger bei der endemischen Genickstarre, der Diphtherie und dem Abdominaltyphus. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 7. S. 209.

Töpfer, H., Zur Übertragung des Erregers des europäischen Rückfallfiebers durch die Kleiderlaus. D. med. Woch. Nr. 9. S. 239.

19. Soziale und gerichtliche Medizin, Unfall- und Versicherungskunde.

Ascher, Zur Verbesserung des preußischen Gesundheitswesens. Zeitschr. f. Med.-Beamte H. 3. S. 51.

Aschoff, L., Pathologischer Anatom und Kliniker. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 7. S. 174.

Becker, Der Säuglingsschutz als öffentlichrechtliche Wohlfahrtspflege nach dem sächsischen Entwurfe vom 4. Jan. 1918. D. Strafrechtzeit. H. 3 u. 4. S. 70.

Beneke, E., Die ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Ther. d. Gegenw. H. 2. S. 60.

Berze, Die neue Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 47 u. 48. S. 305.

Bielschowsky, A., Die Förderung des akademischen Blindenbildungswesens im Kriege. Stuttgart 1917. Ferd. Enke. 20 S. mit 9 Abb. 1 Mk.

Blaschko, A., Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke im Jahre 1917. D. med. Woch. Nr. 13. S. 348.

Brox, D., Herzentumor en trauma. Tijdschr. voor Orgevallen-Geneesk. Bd. 3. H. 4. S. 97.

Campe, Der Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. D. Strafrechtzeit. H. 3 u. 4. S. 78.

Chapuis, S., Examen sanitaire des écoles et quelques-uns de ses résultats. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 4. S. 260.

Döllner, Landgerichtsärzte für Preußen? Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 4. S. 65.

Eden, P. H. van, Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering. Inaug.-Diss. Amsterdam, April.

Engel, H., Multiple Sklerose durch eine Fußverstauchung nicht verschlimmert. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. H. 1. S. 1.

Finger, E., Über Fürsorgebestrebungen für geschlechtskranke Jugendliche. Wien. med. Woch. Nr. 10. S. 414.

Goldscheider, Lungentuberkulose und akademischer Unterricht. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 29. H. 1. S. 1.

Gregor, A., Ärztliche Bewertung von Verwahrlosten. Med. Klin. Nr. 5. S. 108; Nr. 6. S. 137.

Gregor, A., und E. Voigtländer, Die Verwahrlosung, ihre klinisch-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung. Berlin. S. Karger. 585 S. Brosch. 22 Mk., geb. 26 Mk.

Gruber, M. v., Wirtschaftliche Maßnahmen zur Förderung kinderreicher Familien. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 418.

Haberda, A., Scheinindikationen bei ärztlicher Fruchtabtreibung. Wien. klin. Rundschau Nr. 5 u. 6. S. 27.

Hanauer, Die Ergebnisse der kommunalen Massenspeisungen im Kriege. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 410.

Heimberger, Der ärztliche Eingriff, im besonderen die Schwangerschaftsunterbrechung und die Sterilisierung, in strafrechtlicher Beleuchtung. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 455.

Herber, Les oeuvres d'assistance médicale infantile au Maroc. Presse méd. Nr. 16. Suppl. S. 185.

Herwerden, C. H. van, Is een in een verzekeringsplichtig bedrijf opgedane roodvonkbesmetting te beschoumen als een bedrijfsongwal? Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 17. S. 1172.

Höpler, E. v., Der Arzt als Urkundenperson. Klin.-therap. Woch. Nr. 11 u. 12. S. 84.

Horn, P., Zum Entschädigungsverfahren bei Unfallneurosen. Med. Klin. Nr. 6. S. 129.

Hueppe, F., Das neue preußische Wohnungsgesetz. D. med. Woch. Nr. 14. S. 369.

Ickert, F., Tuberkulöse Meningitis und Unfall. Med. Klin. Nr. 8. S. 187.

Jayle, F., Projet de loi sur la création de maternités et d'asiles-ouvroirs dans toute la France. Presse méd. Nr. 13. Suppl. S. 151.

Kühne, Akute Lymphgefäßentzündung und Zuckerharnruhr — kein ursächlicher Zusammenhang. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 2. S. 37.

Müller, H., Die Gefahren der gewerblichen Arbeit unter künstlich erhöhtem Luftdruck und die Maßnahmen zur Verhütung dieser Gefahren. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. H. 1. S. 4.

Naegeli, Einige Ratschläge für den praktischen Arzt bei der Einführung der staatlichen Kranken- und Unfallsversicherung, mit besonderer Berücksichtigung von grober Übertreibung und Simulation. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 4. S. 97.

Neumann, F., Die Fürsorge für Alkoholkranke. Wien. klin. Woch. Nr. 13 u. 14. S. 75.

Patzelt, V., Vorschläge zu einer Änderung der medizinischen Lehr- und Prüfungsordnung. Wien. klin. Woch. Nr. 17. S. 474.

Rapmund, O., Das öffentliche Gesundheitswesen in Preußen und die Notwendigkeit seiner weiteren Um- und Ausgestaltung. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 3. S. 37.

Reichel, H., Die Männerstadt. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 421.

Reukauff, H., Morde und Mörder. Psych.-neur. Woch. 1917/18. Nr. 45 u. 46. S. 289; 1918/19. Nr. 1. S. 2; Nr. 3 u. 4. S. 20.

Sannemann, K., Der Dienst des Hafenarztes in Hamburg. Beih. z. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 22. H. 1.

Schliep, Zur Behandlung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. D. med. Woch. Nr. 11. S. 299.

Schuyten, M. C., De vordingscoëfficient van de Antwerpsche scholieren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 12. S. 808.

Sorge, Zur Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege in der Kommunalverwaltung. Zeitschr. f. Med.-Beamte H. 3. S. 56.

Stiassny, S., Über die angebliche Verrohung und Verwilderung im Kriege und durch denselben. Militärarzt Nr. 1. S. 15.

Stigler, R., Entwurf eines neuen medizinischen Lehrplanes. Wien. med. Woch. Nr. 16. S. 689.

Stolz, Über die Bekämpfung der Sterilität des Weibes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. S. 265.

Teleky, L., Menschenopfer. Wien. klin. Woch. Nr. 19. S. 533.

Teleky, L., Das Ministerium für Volksgesundheit und das Ministerium für soziale Fürsorge. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 448.

Vogt, H., Über den augenblicklichen Stand der Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 2. S. 25.

Weber, F. Parkes, Possible pitfalls in life assurance examination and remarks on malingering. Brit. med. Journ. Nr. 2980.

Weerd, A. H. van der, Paraphimosis traumatica? Tijdschr. voor Ongevallen. Geneesk. Bd. 3. H. 3. S. 71.

Weerd, A. H. van der, Trauma en pneumonie. Tijdschr. voor Ongevallen. Geneesk. Bd. 3. H. 4. S. 111.

Weichselbaum, A., Wie soll die Tuberkulose in unserem Staate bekämpft werden? Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 81.

Wilhelm, E., Darf die wirtschaftliche Lage der Schwangeren bei Einleitung des künstlichen Abortes berücksichtigt werden? D. med. Woch. Nr. 7. S. 187.

Zeiler, A., Die wirtschaftliche Schwäche der Familie als Gefahr für die Volkskraft. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 9. S. 273; H. 10. S. 301; H. 11 u. 12. S. 352. 1917.

20. Militärärztliche Wissenschaft.

Andereya, Über Erfahrungen an Ohren-, Nasen-, Halskranken im Felde. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 76. H. 3 u. 4. S. 252.

Anderson, H. G., The medical aspects of aeroplane accidents. Brit. med. Journ. Nr. 2977. S. 73.

Anderson, H. Graeme, An address on the selection of candidates for the air service. Lancet Nr. 4933.

Aubertin, Ch., Les tachycardies de guerre. Presse méd. Nr. 5. S. 37.

Bálint, R., Die Behandlung lungenkranker Soldaten in klimatischen Kurorten und Heilanstalten. Wien. med. Woch. Nr. 6. S. 253.

Baumgarten, P. v., Kriegspatologische Mitteilungen. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 175.

Beck, M., Vorschlag zur Behandlung der Harninkontinenz der Soldaten. Wien. klin. Woch. Nr. 6. S. 162.

Behr, M., Funktionelle Sprachstörungen bei Soldaten. Med. Klin. Nr. 8. S. 189.

Bertein, P., et A. Nimier, Le premier pansement du blessé de guerre. Presse méd. Nr. 13. Suppl. S. 147.

Blair, A., Two year's experience of septic wounds in a V. A. D. hospital. Brit. med. Journ. Nr. 2980.

Boehncke, Die Kriegsseuchenbekämpfung im deutschen Feldheere. Umschau H. 8. S. 85.

Bókay, A. v., Organisation der klimatischen Kur- und Bäderbehandlung für Kriegsinvalide in Ungarn. Wien. med. Woch. Nr. 3. S. 130.

Brandes, M., Lumbalpunktionen bei Schädelschüssen im Feldlazarett; ihre diagnostische und therapeutische Bedeutung. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 1. S. 71.

Brüggemann, A., Schädigungen des Gehörorgans bei einer großen Artillerie- und Minenschlacht. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 76. H. 3 u. 4. S. 215.

Bum, A., Kriegskontrakturen. Med. Klin. Nr. 7. S. 157.

Chirurgie im Felde, Herausgegeben vom k. und k. 2. Armeekommando. Wien. Wilh. Braumüller. 338 S. mit 20 Abb. 6 Kr.

Clarke, Th., Anaesthetics in military hospitals. Brit. med. Journ. Nr. 2977. S. 79.

Denis, J., Le rétrécissement mitral dans l'armée. Presse méd. Nr. 3. S. 21.

Dieterlen, F., Malariainfektion an der Westfront. D. med. Woch. Nr. 12. S. 316.

Dzialowski, Schützengrabentage. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 271.

v. Eicken-Gießen, Über bronchoskopische und ösophagoskopische Erfahrungen bei Kriegsteilnehmern. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 450.

Finger, A., und V. Kollert, Zur Frage der Eosinophilie bei der akuten Nephritis im Kriege. Med. Klin. Nr. 11. S. 266.

Flörcken, H., Die Therapie von 62 Lungenschüssen im Feldlazarett, einige Komplikationen bei Lungenschüssen. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 148.

Flusser, E., Einiges über Kampfgasschädigung. Wien. klin. Woch. Nr. 15. S. 413.

Fromme, A., Infanteriegeschoß im Ductus choledochus. Münchn. med. Woch. Nr. 7. S. 181.

Fürnrohr, W., Das ideogene Moment in der Entstehung des Zitterns bei Kriegsteilnehmern. D. med. Woch. Nr. 9. S. 241.

Genewein, F., Pathologisch-anatomische Studien über Kriegsverletzungen des Schädels. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 1. S. 1.

Glax, J., Die Thalassotherapie der Kriegsverwundeten und Beschädigten. Wien. med. Woch. Nr. 6. S. 258. — Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 4. S. 108.

Grégoire, R., et H. Mondor, La suture des plaies des guerre. Presse méd. Nr. 3. S. 22.

Hochstetter, F., Die Frage der Dienstfähigkeit der Tuberkulösen. Württemb. Korr.-Bl. H. 7. S. 55; H. 8. S. 65; H. 9. S. 77; H. 10. S. 89; H. 11. S. 101.

Horniker, E., Über einige organisatorische und klinische Erfahrungen an Trachomformationen im Frontbereiche der ...ten Armee. Wien. med. Woch. H. 2. S. 93.

Hülse, W., Zur sogenannten Blasenschwäche der Soldaten. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 241.

Jazabek, Gleichstellung der Militärärzte mit den Offizieren des Soldatenstandes. Militärarzt Nr. 2. S. 43.

Jones, R., An address on the orthopaedic outlook in military surgery. Brit. med. Journ. Nr. 2976.

Karcher, J., Funktionsprüfung des Herzens im Militärdienst mittels eines Wettlaufes von 100 Metern. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 11. S. 337.

Kirk, J., Eye changes in trench nephritis. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Koerting, W., Kriegschirurgische Beobachtungen von der Ostfront. Wien. med. Woch. Nr. 6. S. 260.

Kraemer, C., Zur Frage der Dienstfähigkeit der Tuberkulösen. Württemb. Korr.-Bl. Nr. 16. S. 143; Nr. 17. S. 151.

Kritzler, „Erste Hilfe" Schiene zur Versorgung von Oberschenkelbrüchen und Verletzungen auf den Gefechtsverbandplätzen an Bord und an Land. Med. Klin. Nr. 10. S. 241.

Lane, W. A., The treatment of fractures in warfare. Lancet Nr. 4923.

Lewis, Th., Observations upon prognosis, with special reference to the condition describad as the „irritable heart of soldiers". Lancet Nr. 4927.

Lissmann, Neuro-sexologische Beobachtungen in der Front. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 295.

Lockwood, A. L., and J. A. Nixon, War surgery of the chest. Brit. med. Journ. Nr. 2978. Nr. 2979.

Loeb, Erfahrungen in der Behandlung akuter Ruhrfälle während 17 Wochen in einem Feldlazarett. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 473.

Loebel, A., Über Statistik der Kriegskontrakturen. Klin.-therap. Woch. Nr. 13 u. 14. S. 95.

Marx, P., Empfindungsstörung bei Labyrintherschütterung nach Granatexplosion. Med. Klin. Nr. 12. S. 294.

Matz, F., Zur Funktionsprüfung von Herz- und Gefäßsystem bei gesunden und kranken Feldsoldaten. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Bd. 22. H. 3. S. 65; H. 4. S. 97.

Monjardino, J., Some notes on Portugese surgery during the first three months on the Western front. Lancet Nr. 4926.

Moreau, L., Paludisme et blessures de guerre. Arch. de Méd. et Pharm. Bd. 104. H. 5. S. 321.

Moritz, Die Herzkrankheiten im Kriege und ihre militärärztliche Beurteilung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 8. S. 193.

Mott, F. W., Two addresses on war psycho-neurosis. I. Neurasthenia: the disorders and disabilities of fear. Lancet Nr. 4926.

v. Myrdacz, Militärärztliche Neujahrbetrachtung. Militärarzt Nr. 1. S. 2.

Nadoleczny, Funktionelle und organische Stimmstörungen im Heeresdienst. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 315.

Naegeli, Schlußfolgerungen für die Art der Abfindung der Kriegsneurosen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 8. S. 201.

Ombrédanne et R. Ledoux-Lebard, Localisation et extraction des projectiles. Paris. Masson et Cie., éd. Collection Horizon. 1 vol. in-8°, 2e éd. 306 S., 198 Abb., 7 Tafeln. 4 frs.

Pahud, Ch., La surveillance sanitaire des écoliers à la campagne. Revue méd. de la Suisse rom. Nr. 3. S. 169.

Pasteur, W., and B. Hudson, A clinical contribution to the study of P. U. O. Lancet Nr. 4925.

Pauly, E., Erfahrungen über Schädelschüsse aus den Kriegsjahren 1914—1916. Bruns Beitr. Bd. 109. H. 1. S. 111.

Pfeiffer, H., Der Seuchendienst in der X. Armee. Militärarzt Nr. 1. S. 4; Nr. 2. S. 28.

Pichler, A., Die Ophthalmia militaris in der k. und k. Armee. Wien. med. Woch. Nr. 2. S. 98.

v. Pirquet, Reform der militärischen Kostordnung. Militärarzt Nr. 2. S. 25.

Plaut und Roedelius, Über den Keimgehalt des Steckgeschosses. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 405.

Policard, A., L'évolution de la plaie de guerre, mécanismes biologiques fondamentaux. Paris. Masson et Cie., éd., Collection Horizon. 190 S., 49 Abb. u. 6 Taf. 4 frs.

Quénu, E., Du shock dans les blessures de guerre. Presse méd. Nr. 8. S. 69.

Redwitz, E. v., Wandlungen in der Kriegschirurgie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 5. S. 113.

Reichel, H., und F. Schede, Über Fußpflege im Heeresdienste. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 8. S. 203; Nr. 9. S. 231.

Rees, W. A., and G. S. Hughes, Wounds of the chest as seen at an advanced operating centre. Lancet Nr. 4924.

Reipen, Über Vestibularisschädigungen im Kriege. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. H. 3. S. 70.

Rivers, W. H. R., An address on the repression of war experience. Lancet Nr. 4927.

Sabouraud, R., Prophylaxie des maladies vénériennes aux armées. Presse méd. Nr. 10. Suppl. S. 111.

Schmidt, Ad., Fürsorge und Behandlung darmkranker Krieger. Wien. med. Woch. Nr. 12. S. 497.

Schütz, J., Organisation der Kur- und Bäderbehandlung in der östereichisch-ungarischen Armee. Wien. med. Woch. Nr. 3. S. 137.

Seehorst, P., Über eine neue Verladevorrichtung und Lagerungsart in Lazarettzügen. Münchn. med. Woch. Nr. 10. S. 270.

Stein, A. E., Mediko-mechanische Behandlung im Feld- und Kriegslazarett. Stuttgart. Ferd. Enke. 82 S. mit 118 Abb. u. 21 Taf. 6 Mk.

Sundell, C. E., and A. T. Nankivell, Trench fever. Lancet Nr. 4933.

Uhlmann, F., Die Mobilisationspsychosen in der schweizerischen Armee. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 11. S. 345.

Werler, Die Bedeutung und die Vorzüge des Kollargols für die moderne Kriegschirurgie. Med. Klin. Nr. 11. S. 268.

21. Krankenpflege, Statistik usw.

Fiolle, J., La réorganisation des services de chirurgie après la guerre. Presse méd. Nr. 13. Suppl. S. 145.

22. Geschichte der Medizin, medizinische Geographie, Biographien.

Andel, M. A. van, Instructiën voor pest- en sieckhuismeesters te Gorinchen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 9. S. 614.

Barker, H. J., Oude chemische werktuigen en laboratoria von *Zosimos* tat *Boerhave,* Groningen. J. B. Wolters U. M. 68 S. 1.75 Gulden.

Böhm, Die Bekämpfung der Tuberkulose in Wien. Wien. med. Woch. Nr. 9. S. 369.

Gijsberti Hodenpijl, A. K. A., De Ziekten aan boord van de schepen van de Oost-Indische Compagnie in de eerste helft van de 18e eeuw. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 9. S. 636.

Gijsberti Hodenpijl, A. K. A., De oorzaken van de ziektegevall aan boord van de schepen van de Oost-Indische Compagnie en de maatregelie daartegen aangewend, in de eerste helft van de 18e eeuw. Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 972.

Hamilton, L., Beiträge zu Oscar Wildes Biographie. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 11 u. 12. S. 321.

Hofmokl, E., Wiener Spitalbedürfnisse bei Friedensbeginn. Wien. klin. Woch. Nr. 18. S. 503.

Hunziker, Hch., Vom Kropf in der Schweiz. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 7. S. 220; Nr. 8. S. 247.

Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. Sitzungsperiode 1916—1917. München. J. F. Lehmann. XXIII u. 54 S.

Lützhöft, Fr., Ein Abschnitt aus der Geschichte des Kindbettfiebers. Janus Bd. 22. H. 11 u. 12. S. 357.

Medizinisches Taschenwörterbuch. Kurzes Repetitorium der Medizinischen Terminologie. 3. Aufl. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 210 S. 3 Mk., geb 3 Mk. 60 Pf.

Pichmüller, M., Die Infektionskrankheiten in Belgrad im Kriegsjahre 1916. Wien. med. Woch. Nr. 16. S. 697.

Rae, J., The medical history of the exiled Stuarts. Janus Bd. 22. H. 11 u. 12. S. 391.

Regendanz, P., Beitrag zur Kenntnis der Malaria in Rumänien. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. H. 3. S. 33.

Rivers, W. H. R., The *Fitzpatrick* lectures on medicine, magie and religion. Lancet Nr. 4921 u. 4922.

Saaler, B., Über die Krankheit Nietzsches. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 10. S. 289.

Saintyves, P., L'Art de guérir est-il d'origine empirique? Janus Bd. 22. H. 11 u. 13. S. 372.

Schoute, D., Over de geschiedenis der geneeskunde in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 14. S. 945.

Schreber, K., Die Kühlgefäße der Ägypter und die Behaglichkeit des Menschen im geheizten Zimmer. Psych.-neurol. Woch. Nr. 11 u. 12. S. 101.

Siebenmann, F., Taubstummheit und Taubstummenzählung in der Schweiz. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 1. S. 1.

Wildeman, M. G., Voorzitters van het doctorsgilde te Utrecht in de laatste helft du 18e eeuw. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 13. S. 906.

Zuiden, D. S. van, De contagieuse ziekte en de herbergen in Amsterdam (1618). Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 15. S. 1017.

Zuiden, D. S. van, Vaststelling van de doodsoorzaak door herzen opening in 1680. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 11. S. 758.

23. Technik.

Adams, J. E., A simple method of mechanical fixation for fracture of long bones. Brit. med. Journ. Nr. 2975.

Berent, Wiederverwendung des schon gebrauchten Japanpapieres. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 212.

Bley, K., Entlüftung der Röntgen-Abteilung. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 407.

Broemser, Ph., Die Platte als Registriersystem. Zeitschr. f. Biol. Bd. 69. H. 7 u. 8. S. 391.

Casper, L., Indikationen und Nutzen des Verweilkatheters. D. med. Woch. Nr. 12. S. 317.

Drüner, Über die Messung der Untertischaufnahme und Untertischdurchleuchtung und die röntgenoskopische Operation im stereoskopischen Schirmbilde. D. med. Woch. Nr. 11. S. 297.

Drüner, Über die bewegliche künstliche Hand. D. med. Woch. Nr. 7. S. 181.

Eisler, F., Unsere Technik der Nadelextraktion im Röntgenlichte. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 242.

Finzi, N. S., A skin ink for radiography. Brit. med. Journ. Nr. 2976.

Fischer, H., Porzellan als Ersatz für Hartgummi. Münch. med. Woch. Nr. 6. S. 161.

Fisher, W. E., Thigh stump extension splint. Brit. med. Journ. Nr. 2982.

Frenzel, F., Versuch eines neuen Hörmeßapparates. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 1 u. 2. S. 31.

Gerhardt, D., Über Empyembehandlung mit Saugdränage. Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. H. 3. S. 309.

Goldberg, Zur Radiographie der Steine der Harnblase. D. med. Woch. Nr. 7. S. 184.

Görres, Verwertung alter Gipsverbände. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 244.

Grashey, Feldmäßige Improvisation röntgenologischer Hilfsgeräte: Trochoskop (Untertischröhre. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 296.

Haberland, H. F. O., Zur Tecknik der indirekten Bluttransfusion. Zentralbl. f. Chir. Nr. 11. S. 165.

Hans, H., Weitere Beiträge zur Nahttechnik. Zentralbl. f. Chir. Nr. 16. S. 264.

Härtel, F., Der luftabschließende Verband. D. med. Woch. Nr. 15. S. 396.

Hildebrand, Selbsttätige Kniefeststellvorrichtung für Beinprothesen. Münchn. med. Woch. Nr. 16. S. 432.

Hirsch, C., Die v. Hofmeistersche Ringmethode zur Fremdkörperlokalisation. D. med. Woch. Nr. 11. S. 298.

Ickert, F., Preßhefe und Hefeextrakt zur Nährbodenbereitung. D. med. Woch. Nr. 7. S. 186.

Kirchmayr, L., Über einige Kriegsverletzungen peripherer Nerven. Wien. klin. Woch. Nr. 16. S. 439.

Klaus, Über den Torfmull- und Torfwatteverband. Wien. med. Woch. Nr. 11. S. 454.

Koelensmid, A. J. A., De draadproef van *Einhorn* voor de praktijke gewijzigd. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1. Hälfte Nr. 13. S. 882.

Kühne, V., Eine Neuerung in der subkutanen Injektionstechnik. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 2. S. 56.

Kuntze, Ersatzglieder. Umschau H. 8. S. 88.

Kurtzahn, Ein behelfsmäßiges Inhaliergerät fürs Feld. D. med. Woch. Nr. 17. S. 469.

Langemak, O., Zur Befestigung des Verweilkatheters. Zentralbl. f. Chir. Nr. 12. S. 196.

Loeffler, F., Ein einfacher, schonender Extensionsverband, besonders bei Kindern. D. med. Woch. Nr. 6. S. 159.

Macewen, W., The use of a divided mattress and pelice elevator. Brit. med. Journ. Nr. 2983.

Marcus, Zur Frage der Beschaffung von Ersatzgliedern. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Nr. 3. S. 50.

Martin, F., La prothèse du membre inférieur. Paris. Masson et Cie., éd. 1 vol. 112 S. mit zahlr. Abb. 5 Frs.

Martin, E., Ein Modell des Befestigungsapparates der weiblichen Beckenorgane. Arch. f. Gyn. Bd. 109. H. 1 u. 2. S. 198.

Merkens, W., Über Ersparung von Verbandstoffen bei Verbänden. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 109. H. 2. S. 271.

Minerbi, C., Un alteriore perfezionamento alla technico per la fissazione e colorazione dei sedimenti urinarii. Rivista critica di clin. med. Nr. 51.

Mosberg, Eine selbsttätige Kniebremse. Münchn. med. Woch. Nr. 9. S. 244.

Moses, B., Ein Handoperationstisch für Krieg und Frieden. D. med. Woch. Nr. 6. S. 158.

Münch, E., Eine neue Stützschiene für Radialislähmung. D. med. Woch. Nr. 6. S. 159.

v. Notthofft, Zum „Wasserfehler“ bei Eingießungen von Altsalvarsan nebst Bemerkungen über Salvarsantherapie. D. med. Woch. Nr. 8. S. 211.

Odermatt, W., Eine neue Beinprothese. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 12. S. 380.

Plenz, P. G., Zur Ersparung von Gipsbinden. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 461.

Poult, J., Ein Skischlitten, welcher auch als Trag- und Räderbahre verwendet werden kann. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 8. S. 261.

Prym, O., Sägemehl zum Händereinigen. Münchn. med. Woch. Nr. 12. S. 327.

Rosenthal, J., Über Präzisions-Röntgendurchleuchtungen. D. med. Woch. Nr. 7. S. 185.

Rothe, K. C., Ein einfacher Glas-Olfaktometer. Zeitschr. f. allgem. Physiol. Bd. 17. H. 3 u. 4. S. 257.

Sauerbruch, Willkürlich bewegbare Arbeitsklauen. Münchn. med. Woch. H. 10. S. 257.

Seeliger, W., Über eine Abänderung der Conradi-Kayserschen Gallenanreicherungsmethode. Münchn. med. Woch. Nr. 18. S. 474.

Solms, E., Bahrenschwebeextensionen mittels einer Einheitsschiene. Münchn. med. Woch. Nr. 15. S. 408.

Stansfeld, A. E., An apparatus for transfusion of blood by the citrate method. Lancet Nr. 4931.

Suchanek, E., Ein neuer Peroneusapparat. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 459.

Teske, Eine Verbesserung an der Volkmannschiene. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 379.

Thim, R., Eine neue Cilienzange. Med. Klin. Nr. 17. S. 421.

Tokarski, J., Ein zerlegbarer Feldverbandtisch. Militärarzt Nr. 1. S. 10.

Trendelenburg, W., Über messende Röntgenstereoskopie. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 204.

Tromp, F., Der Apparat eines Kurpfuschers gegen Bettnässen. Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 298.

Urtel, Zur Improvisation eines Überdruckapparates. Med. Klin. H. 5. S. 113.

Wertheimer, A., Fremdkörperbestimmung mittels Präzisions-Röntgendurchleuchtung. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 377.

Wildt, A., Ein bei Belastung sich selbsttätig feststellendes künstliches Fußgelenk. Münchn. med. Woch. Nr. 8. S. 211.

Williams, P. L. Watkin, A note on splints. Lancet Nr. 4930.

Wintz, H., u. H. Iten, Die Dosierung im praktischen Röntgenbetrieb mit Hilfe der parallelen Funkenstrecke. Münchn. med. Woch. Nr. 14. S. 375.

Wolff, S., Eine einfache Methode, unbeweglich gewordene Injektionsspritzen wieder beweglich und undurchgängig gewordene Kanülen wieder durchgängig zu machen. D. med. Woch. Nr. 16. S. 438.

24. Sexualwissenschaft.

Bloch, J., Neue Beobachtungen über die spezifische Wirkung von Testogan und Thelygan. Med. Kl. Nr. 13. S. 319.

Fehlinger, H., Geschlechtsgemeinschaften. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 1. S. 22.

Gerling, R., Das Goldene Buch des Weibes. 6. Aufl. Berlin. Wilhelm Pilz. 151 S.

Gerson, A., Darwin in Not? Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 1. S. 12.

Giese, F., Die anomale Transvestie in ihrem Erlebniswert. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 10. S. 307.

Hirschfeld, M., Metatropismus. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 9. S. 280; H. 10. S. 295; H. 11 u. 12. S. 343.

Hirschfeld, M., Ist die Homosexualität körperlich oder seelisch bedingt? Münchn. med. Woch. Nr. 11. S. 298.

Holländer, E., Über spontane Geschlechtswandlung. D. med. Woch. Nr. 13. S. 351.

Kammerer, P., Sexualität und Symmetrie. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 5. H. 1. S. 1.

Kisch, E. H., Die sexuelle Untreue der Frau. II. Teil (Das feile Weib). Bonn. A. Marcus & E. Webers Verlag. 210 S. Brosch. 5 Mk. 40 Pf., geb. 7 Mk.

Koerber, H., Vom Antifeminismus. Die neue Generat. 1917. H. 7 u. 8. S. 299.

Marcinowski, J., Die erotischen Quellen der Minderwertigkeitsgefühle. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 11 u. 12. S. 313.

Pirkner, E. H. F., Leben und Eugenik. Zeitschr. f. Sexualw. Bd. 4. H. 11 u. 12. S. 332.

Ploetz, A., Die Bedeutung der Frühehe für die Volkserneuerung nach dem Kriege. Münchn. med. Woch. Nr. 17. S. 452.

Prinzing, F., Eheliche und uneheliche Fruchtbarkeit und Aufwuchsziffer in Stadt und Land in Preußen. D. med. Woch. Nr. 13. S. 351.

Steinach, E., und R. Lichtenstern, Umstimmung der Homosexualität durch Austausch der Pubertätsdrüsen. Münchn. med. Woch. Nr. 6. S. 145.

Sach-Register.

Namen-Register.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Bachem in Bonn.
A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn) in Bonn. — Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.

Für den Anzeigenteil verantwortlich: A. Marcus & E. Webers Verlag in Bonn.
Druck: Otto Wigand'sche Buchdruckerei G. m. b. H. in Leipzig.